



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Sensibilizar para capacitar os profissionais
diabéticos tipo 2, do HSJ, para a autogestão da
doença, em contexto de Saúde Ocupacional**

Paula Maria Gonçalves Mesquita

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Sensibilizar para capacitar os profissionais
diabéticos tipo 2, do HSJ, para a autogestão da
doença, em contexto de Saúde Ocupacional**

Paula Maria Gonçalves Mesquita

Relatório de Estágio Orientado por:

Prof. Dra. Maria de Lourdes Gil Patrocínio Varandas da Costa

2013

“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança:
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.

Continuamente vemos novidades,
Diferentes em tudo da esperança:
Do mal ficam as mágoas na lembrança,
E do bem (se algum houve) as saudades.

O tempo cobre o chão de verde manto,
Que já coberto foi de neve fria,
E em mim converte em choro o doce canto.

E afora este mudar-se cada dia,
Outra mudança faz de mor espanto,
Que não se muda já como soía.”

Luís Vaz de Camões (1974)

AGRADECIMENTOS

“O caminho faz-se caminhando” e neste percurso inerente à realização pessoal e profissional, salienta-se o esforço direto ou indireto de várias pessoas para as quais deixo os mais sinceros agradecimentos:

À Professora Lourdes Varandas, minha orientadora, pelo apoio disponibilidade e orientação nos momentos certos, com a calma e serenidade que lhe é peculiar, permitindo o desenvolvimento do trabalho e consequentemente, a concretização de um sonho.

À Enfermeira Especialista Angelina Diogo pela disponibilidade e simpatia.

A todos os profissionais que exercem funções no Serviço de Saúde Ocupacional especialmente à Dra. Maria João Manzano (Diretora da Área de Saúde Ocupacional do CHLC) que possibilitou a realização deste estágio, mas também à Enfermeira Sandra Fonseca e ao Dr. Rui Nunes pelo apoio incondicional que me outorgaram.

Aos meus colegas da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente que estiveram sempre presentes, nomeadamente, à Enfermeira Supervisora Alexandrina Rodrigues pelo ajuste de horários e à Tânia pela ajuda informática.

Ao Paulo por partilhar comigo os momentos difíceis e os momentos de alegria, com paciência e compreensão.

À Maria agradeço o amor incondicional, compreensão, à sua maneira, da importância desta realização profissional, aceitando que nem sempre podemos estar a brincar.

À NOVARTIS pela oportunidade de implementação do programa “*Juntos é mais fácil*”.

A todos os profissionais que aceitaram participar neste projeto.

A todos o meu muito obrigada.

Bem hajam

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica cada vez mais frequente em Portugal e no mundo. É caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue – hiperglicemia – sendo no caso da DM tipo 2, devido à produção insuficiente de insulina ou utilização ineficaz da insulina produzida pelo organismo. Por este facto, o primeiro passo no tratamento implica uma adaptação com o que se come, quando se come e com a atividade física que se efetua diariamente. Para a grande maioria dos portadores de DM tipo 2 estas adaptações nem sempre ocorrem facilmente.

Assim, com este PIC, realizado num Serviço de Saúde Ocupacional, tivemos como finalidade a promoção de hábitos saudáveis nos profissionais de saúde portadores de DM tipo 2, pressupondo alterações de comportamento que permitam desenvolver a autonomia e maior eficácia na gestão da doença. Todo o trabalho desenvolvido foi consubstanciado no Modelo Transteorico da Mudança, e a metodologia utilizada foi o Processo de Planeamento em Saúde. Para o diagnóstico de situação foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Autocuidado com a Diabetes e Questionário de Avaliação de Conhecimentos (DKQ – 24), ambos traduzidos e adaptados por Bastos (2004). Estes foram aplicados a trabalhadores portadores de DM tipo 2, sendo a amostra constituída por 10 indivíduos. Pelo método de Hanlon, priorizamos os problemas identificados que, posteriormente, traduzimos em diagnósticos de enfermagem enunciados na taxonomia CIPE^R Versão 2.

Sendo uma intervenção em *setting* Saúde Ocupacional, optamos por uma metodologia de intervenção dirigida a grupos, em que a estratégia utilizada foi a Eps, considerando os três domínios da aprendizagem: cognitivo, afetivo e psicomotor. A avaliação da intervenção de acordo com os indicadores de processo, adesão e resultado estabelecidos, revelou-se positiva permitindo-nos evidenciar uma aquisição de competências cognitivas e psicomotoras.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Educação para a Saúde, Mudança de comportamentos

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease increasingly common in Portugal and the rest of the world. It is characterized by increased levels of blood sugar - hyperglycemia - and in the case of type 2 Diabetes, due to insufficient production of insulin or inefficient use of insulin produced by the body. For this reason, the first step in treatment involves an adaptation to what you eat, when you eat and the physical activity that takes place daily. For the vast majority of patients with type 2 Diabetes these adaptations do not always occur easily.

So, this project, held in an Occupational Health Service, had as its purpose the promotion of healthy habits in health professionals with type 2 Diabetes, assuming changes in behavior that allow the development of autonomy and greater efficacy in disease management. All the work was embodied in the Transtheoretical Model of Change, and the methodology used was the Planning Process in Health. The following instruments were used for situation diagnosis: summary of Diabetes Self-Care Activities Scale and Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ - 24), both translated and adapted by Bastos (2004). These were applied to workers with type 2 Diabetes, and the sample consists of 10 individuals. By the Hanlon method, we prioritize the identified problems, which subsequently were translated into nursing diagnoses listed in the taxonomy CIPE^R Version 2.

Being an intervention in occupational health setting, the chosen methodology was targeting groups, based on an education strategy for health, considering the three domains of learning: cognitive, affective and psychomotor. The intervention evaluation, according to the process indicators, adhesion and established results, was positive allowing us to demonstrate the acquisition of cognitive and psychomotor skills.

Keywords: Type 2 Diabetes, Health Education, Changing behavior

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 – FOCO DE INTERVENÇÃO | 13 |
| 1.1 – Epidemiologia da Diabetes | 13 |
| 1.2 – Classificação e diagnóstico da Diabetes | 15 |
| 1.3 – Complicações da Diabetes | 17 |
| 1.4 – Tratamento da Diabetes | 18 |
| 1.5 – Educação para a Saúde e a Diabetes tipo 2 | 19 |
| 2 – REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 2.1 – Modelo Transteórico da Mudança | 22 |
| 3 – METODOLOGIA | 27 |
| 3.1 – Diagnóstico de Situação | 27 |
| 3.1.1 – Local de Intervenção | 28 |
| 3.1.2 – População Alvo/Amostra | 28 |
| 3.1.3 – Instrumento de Colheita de Dados | 30 |
| 3.1.4 – Apresentação de Resultados | 31 |
| 3.2 – Determinação de Prioridades | 35 |
| 3.3 – Diagnósticos de Enfermagem | 36 |
| 3.4 – Fixação de objectivos | 36 |
| 3.5 – Seleção de estratégias | 37 |
| 3.6 – Preparação e execução | 38 |
| 3.7 – Avaliação | 40 |
| 4 – QUESTÕES ÉTICAS | 46 |
| 5 – LIMITAÇÕES DO PROJETO | 47 |
| 6 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS | 48 |
| 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| BIBLIOGRAFIA | 52 |

ANEXOS 57

Anexo I: Questionário para colheita de dados – Diagnostico de Situação

Anexo II: URICA

Anexo III: Carta Novartis

Anexo IV: Certificado de formação

APÊNDICES 76

Apêndice I: Cronograma

Apêndice II: Pedidos de autorização para a utilização dos questionários

Apêndice III: Pedido de autorização para a realização do PIC.

Apêndice IV: Consentimento informado

Apêndice V: Apresentação dos resultados (diagnostico de situação)

Apêndice VI: Método Hanlon

Apêndice VII: “Livro de registo de atividades”

Apêndice VIII: Conteúdos Educativos/Planos de sessão

Apêndice IX: Indicadores

Apêndice X: Questionário de satisfação

Apêndice XI: Resultado da aquisição de conhecimentos após a implementação do programa “juntos é mais fácil”

Apêndice XII: Consistência interna dos questionários

INDICE DE TABELAS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Tabela 1. | Comparação da distribuição dos trabalhadores por categoria profissional (participantes/perdas) | 29 |
| Tabela 2. | Comparação das variáveis gênero, idade, escolaridade e tempo de diagnóstico entre os participantes e perdas. | 29 |
| Tabela 3. | Atividades de autocuidado – score por dimensões | 32 |
| Tabela 4. | DKQ – 24: Conhecimento – score global e por dimensões | 33 |
| Tabela 5. | Recomendações para com a Diabetes | 34 |
| Tabela 6. | Cronograma das sessões educacionais | 38 |
| Tabela 7. | Autocuidado durante 7 e 0 dias, no início e fim do projeto (Dieta) ... | 41 |
| Tabela 8. | Autocuidado durante 7 e 0 dias, no início e fim do projeto (Exercício físico) | 42 |
| Tabela 9. | Autocuidado durante 7 e 0 dias, no início e fim do projeto (avaliação da glicemia) | 43 |
| Tabela 10. | Comparação das medidas antropométricas: peso e perímetro abdominal | 43 |
| Tabela 11. | Pontos de corte, segundo fonte do Health and Addictive Behaviors Lab (Lemos, 2011) | 44 |
| Tabela 12. | Deslocação dos trabalhadores nos estádios de prontidão para a mudança durante a implementação do programa “Juntos é mais fácil”..... | 45 |
| Tabela 13. | DKQ – 24: Comparação inicial e final do conhecimento sobre a sintomatologia de Hipoglicemia/hiperglicemia | 45 |

ÍNDICE DE SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ADA | American Diabetes Association |
| APDP | Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal |
| CHLC/HSJ | Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital de São José |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| DIM | Delegado de Informação Médica |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DP | Desvio Padrão |
| Eps | Educação para a saúde |
| HbA1c | Hemoglobina glicada A1c |
| HSJ | Hospital de São José |
| IDF | International Diabetes Federation |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OND | Observatório Nacional da Diabetes |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PIC | Projeto de Intervenção Comunitária |
| PTGO | Prova de Tolerância à Glicose Oral |
| SPD | Sociedade Portuguesa de Diabetologia |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| TDT | Técnico de Diagnóstico e Terapêutica |
| UE | União Europeia |

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM), doença crónica de características silenciosas e fortemente associada a estilos de vida, apresenta uma incidência e prevalência cada vez mais elevada na nossa sociedade (OND, 2010, 2011, 2012, 2013). O seu tratamento exige bastante do indivíduo pois, na grande maioria dos casos, carece de mudança de comportamentos, no que concerne à alimentação e atividade física, que vão complementar a terapêutica prescrita. A gestão destes aspetos referentes à tríade terapêutica, e monitorização glicémica, para além do sistemático recurso aos serviços de saúde colidem frequentemente com o contexto familiar, laboral e social. Estas condições contribuem para o aparecimento de distúrbios de humor, como a ansiedade e depressão, implicando diretamente com o tratamento e na auto-eficácia (APDP, 2001).

A nível internacional, a Declaração de *St. Vincent*, assinada por Portugal em 1989, constituiu um marco central, incontornável, na assunção dos direitos próprios dos portadores de DM, visto que dela resultou o reconhecimento da mesma, como um problema de saúde pública.

Após a assinatura da Declaração de *St. Vincent*, Portugal assume formalmente, a nível internacional, os seguintes compromissos:

- Desenvolver e implementar estratégias e planos de ação para prevenção da diabetes e principais complicações associadas (cegueira, amputações major dos membros inferiores, insuficiência renal terminal e doença coronária);
- Envolver, educar e co-responsabilizar o doente no seu tratamento (DGS, 2008).

Em 1998, na sequência do 4.º Congresso de Acompanhamento da Implementação da Declaração *St. Vincent*, foi determinada uma revisão do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, centrada no conceito de “gestão integrada da Diabetes”. Esta revisão evidencia uma especial preocupação com a inclusão de todos os intervenientes no circuito da vigilância

à doença surgindo integrada no âmbito mais dilatado da implementação do Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

Desenvolvemos este Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) no Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Central/ Polo HSJ, tendo por base os pressupostos da Declaração de Luxemburgo (1997) quando menciona a significativa contribuição da Saúde Ocupacional na melhoria da saúde nos locais de trabalho, desenvolvendo o potencial de saúde e o bem-estar da população trabalhadora. Este desenvolvimento deve ser realizado através da Promoção da Saúde no Local de Trabalho, objetivando a melhoria da organização e ambiente laboral; promover a participação ativa dos profissionais e incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional. Deste modo, este PIC teve como finalidade a promoção de hábitos saudáveis nos profissionais de saúde portadores de DM tipo 2, pressupondo alterações de comportamento que permitam desenvolver a autonomia e maior eficácia na gestão da doença.

Com o presente relatório pretendemos descrever e refletir sobre todo o percurso realizado, ao longo de 7 capítulos sendo que após a introdução, no primeiro capítulo, abordamos sumariamente o foco da intervenção salientando-se a classificação, epidemiologia, tratamento e complicações da diabetes. O segundo capítulo apresenta o referencial teórico em que se unifica toda a nossa atuação. O terceiro capítulo reporta à metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e às suas etapas. No quarto capítulo aludimos às questões éticas e no capítulo seguinte referimos algumas limitações do estudo. No sexto capítulo são abordadas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária desenvolvidas no decurso do percurso académico. O último capítulo apresenta as considerações acerca do trabalho desenvolvido. Por fim é apresentada bibliografia, anexos e apêndices.

1 – FOCO DE INTERVENÇÃO

A DM é uma doença metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou ambas, que afeta um grande número de pessoas (IDF, 2012a; OND, 2012). Pela sua cronicidade e morbilidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, que se reflete em elevados custos humanos, económicos e sociais, tornando-se um dos maiores problemas de saúde a nível mundial. Perante esta perspetiva, vários esforços têm sido mobilizados por governos e comunidades científicas, de modo a impedir o aumento desta doença.

1.1 – Epidemiologia da Diabetes

A Diabetes tornou-se num colossal problema mundial de saúde pública, não só pelo número de pessoas afetadas, como pela elevada mortalidade e número de anos de vida perdidos. Segundo o IDF (2011), 371 milhões de pessoas no mundo (8,3% da população mundial) têm Diabetes, estando esta patologia classificada como a quarta causa de morte, com a responsabilidade por 4,6 milhões de mortes. Se não forem tomadas medidas, aquela organização, prevê que em 2030, o número de indivíduos portadores de Diabetes seja de 552 milhões (aumento de 49%), o que corresponderá ao fenómeno de um indivíduo em cada dez ser portador da doença, sendo a sétima causa de morte no mundo.

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2011) referem, que nos países que dela fazem parte, cerca de 83 milhões de pessoas sofrem de diabetes e seguindo as tendências atuais, em 2030, esse número subirá para quase 100 milhões. Portugal surge como terceiro país da OCDE com maior prevalência de diabetes de 9,7 pontos percentuais, (o que contrasta com a média dos países daquela organização,

que não supera os 6,5 pontos percentuais), só o México (10,8) e os EUA (10,3) apresentam piores registos.

Segundo a DGS (2008), a “diabetes mellitus apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas, sendo que a sua maior prevalência se situará no grupo etário acima dos 45 anos” (DGS, 2008 p.7). No entanto, é difícil estimar a prevalência da DM, pois sendo esta muitas vezes assintomática, o número de casos conhecidos numa determinada população pode não corresponder à prevalência real da doença nessa população (Duarte, 2002).

Em Portugal, de acordo com o relatório anual do OND (2013), a prevalência da DM tem vindo a aumentar sendo, em 2011, de 12,7% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos a que corresponde um valor estimado de 1.003 mil indivíduos. A prevalência apresenta, relativamente ao género, uma diferença significativa sendo o género masculino o mais afetado (8,3%). Esta evidência é mais visível no intervalo de idades compreendido entre os 40 e os 59 anos (♂ 17,6%, ♀ 8,2%)

A taxa de incidência também se sobressai mostrando um aumento, nos últimos 10 anos, de 80%. Em 2011 destaca-se a existência de 652 novos casos de Diabetes por cada 100.000 habitantes (OND, 2012).

1.2 – Classificação e diagnóstico da Diabetes

No que diz respeito à classificação, em 1979, um grupo de trabalho internacional sob o patrocínio do National Diabetes Data Group, do National Institute of Health desenvolveu um sistema de classificação da diabetes com base no tratamento: Diabetes Mellitus Insulinodependente e Diabetes Mellitus Não-Insulinodependente. Atualmente, a classificação amplamente aceite (DGS, 2011; ADA, 2012a), estabelece quatro tipos clínicos definidos pela sua etiologia:

- Diabetes tipo 1: Ocorre em qualquer idade, mas a maioria dos casos é detetada em pessoas com menos de 30 anos, com um pico de incidência entre 10-12 anos no género feminino e 12-14 anos no masculino. Resulta da destruição das células β do pâncreas, com insulinopenia absoluta. A insulinoaterapia é indispensável para assegurar a sobrevivência;
- Diabetes tipo 2: Geralmente desenvolve-se na idade adulta e está relacionada com a obesidade, falta de atividade física e dietas pouco saudáveis. É a forma mais frequente de diabetes, representando 90% dos casos de diabéticos em todo o mundo. Ocorre frequentemente por insulinoresistência, com insulinopenia relativa, ou por um defeito secretor predominante, coexistindo, frequentemente ambas as alterações;
- Diabetes Gestacional: Intolerância aos hidratos de carbono que resulta em hiperglicemia de gravidade variável, com início durante a gravidez;
- Outros tipos específicos de diabetes: Causas mais raras, situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como doença pancreática, síndromes hormonais, drogas que interferem na secreção ou inibem a ação da insulina, entre outros.

Neste PIC temos como foco de intervenção os trabalhadores portadores de DM tipo 2.

Na década de 80, várias foram as publicações internacionais de carácter normativo da American Diabetes Association (ADA) e da Organização Mundial

de Saúde (OMS) sobre o diagnóstico e a classificação da diabetes. Devido à necessidade de uniformizar estes critérios, por conta dos avanços no conhecimento etiológico da doença, em Novembro de 2005, um grupo de peritos da OMS e da International Diabetes Federation (IDF) reuniram-se em Génova, tendo resultado o relatório “Definição e diagnóstico de diabetes mellitus e hiperglicemia intermédia”, publicado em 2006, sendo que em 2011 foi difundida uma adenda que aborda o uso da hemoglobina glicada A1c (HbA_{1c}) no diagnóstico da diabetes.

Para a DGS (2011), os critérios de diagnóstico da DM, baseados nos valores de plasma venoso, na população em geral, são os seguintes:

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA_{1c}) $\geq 6,5\%$.

Ainda segundo a mesma entidade, o diagnóstico de Diabetes num indivíduo assintomático não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA_{1c}, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas. É aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico de diabetes. No entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA_{1c}, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise.

A DGS (2011) refere também, que o diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l);
- Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l).

O diagnóstico de DM tipo 2, segundo o OND (2012), ocorre geralmente após os quarenta anos e como a doença pode ser assintomática, por vários anos, o diagnóstico é muitas vezes efetuado devido à manifestação de complicações associadas ou acidentalmente, através de um resultado anormal de valores de glicose.

1.3 – Complicações da Diabetes

A DM tornou-se uma das principais causas de doença e morte prematura na maioria dos países, principalmente, através do aumento do risco de doença cardiovascular. Esta é responsável por entre 50% e 80% das mortes em pessoas portadoras de DM tipo 2 (ADA, 2012c).

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (DGS, 2008) são consideradas complicações major da diabetes as seguintes:

- Doença cardiovascular: engloba a doença coronária e a cerebrovascular. Bastos (2004) referindo Friões et al (2003), sobre um estudo acerca do impacto dos fatores de risco cardiovascular numa amostra da população do Porto e de acordo com os Modelos de Predição de Risco de Framingham, conclui que a proporção dos casos evitados de doença cardiovascular, seria de 7,4%, se não fossem diabéticos;
- Nefropatia diabética: pode progredir silenciosamente durante anos;
- Neuropatia diabética: o quadro mais comum é a polineuropatia periférica cujos sintomas incluem alteração da sensibilidade, parestesias, hiperestésias intensas e dor (Bastos, 2004);
- Amputação: complicações neuro, macro e microvasculares - pé diabético;
- Retinopatia: é uma causa importante de cegueira.

1.4 – Tratamento da Diabetes

O tratamento da DM tipo 2 pode incluir terapêutica farmacológica, terapêutica nutricional, exercício físico, monitorização da glicemia e educação para a autogestão. Independente do estadio da doença, o tratamento objetiva primariamente alívio da sintomatologia e prevenir ou atrasar complicações, visando níveis normais de glicose no sangue, mas também, o bem-estar e a integração familiar e social do diabético.

Segundo o IDF (2011) é amplamente aceite que a Educação em Diabetes constitui um componente importante do tratamento, pois os portadores de DM tipo 2 apresentam, frequentemente, estilos de vida que contribuem para a sua patologia. O primeiro passo no tratamento é, na grande maioria dos casos, uma dieta balanceada, com restrição calórica, abstenção do consumo de açúcares simples, perda de peso, tendo como objetivo normalizar o metabolismo. Contribuindo também para a normalização do metabolismo é essencial a atividade física (que pode variar entre as atividades de lazer, estar integrada na atividade de vida diária ou atividades recreativas), apresentando vários benefícios, tais como, a redução do nível de glicose no sangue, o aumento da sensibilidade à insulina, a redução do risco de patologia cardiovascular por diminuição dos níveis lipídicos e da pressão arterial. Para além destes aspetos, o exercício físico, quando executado diariamente, pelo menos durante 30 minutos, pode também promover uma sensação de bem-estar, o que se traduz em benefícios psicológicos e consequentemente no aumento da qualidade de vida. Estudos comprovam que caminhadas regulares de cerca de 30 minutos por dia, reduzem o risco para a DM tipo 2 na ordem dos 35 a 40% (IDF, 2012). No entanto, estas medidas nem sempre são suficientes para fazer descer os níveis de glicemia (açúcar no sangue) para os valores de referência necessitando de medicação (IDF, 2012). Contudo, deve sempre considerar-se que o tratamento não depende unicamente da adesão ao regime terapêutico (Bastos, 2004).

É fundamental que logo após o diagnóstico, o portador de DM tipo 2 receba contributos para considerar a mudança de estilos de vida, de forma que lhe

permita assumir o controlo da sua doença. Para Bastos (2004), o controlo da glicemia implica uma alteração do estilo de vida do diabético, podendo esta alteração ser muito penosa para ele, por esse motivo deverá ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar, com uma abordagem de cuidados de saúde integrados.

Em última análise, é ao portador de DM tipo 2 que cabem as decisões finais relacionadas com as escolhas de estilo de vida (depois de devidamente capacitado), pois só assim serão duradouras e mantidas com sucesso (IDF, 2011, 2012a, 2012b).

1.5 – Educação para a Saúde e a Diabetes tipo 2

Segundo Stanhope & Lancaster (2011), o enfermeiro deve utilizar como estratégia a Eps, não só ao nível individual, mas também, ao nível coletivo de modo a incrementar níveis de conhecimento, modificar perceções e comportamentos de risco. Apesar de neste PIC se intervir ao nível da prevenção secundária, a educação que pretenda objetivar à condução de hábitos saudáveis é um aspeto global a todos os níveis de prevenção. Para Caldeira (2004) citado por Bastos (2004) educar significa criar novos hábitos através do treino da prática do comportamento, que com o decorrer do tempo se tornará habitual.

A DM tipo 2 é uma doença relacionada com estilos de vida, o que exige ao portador da doença que tenha de tomar, diariamente, numerosas decisões sobre a alimentação, atividade física e medicação. Exige também, que seja proficiente no que diz respeito a competências relacionadas com o autocuidado. Logo, a autogestão refere-se à capacidade do portador de DM tipo 2 para controlar os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais e mudanças de estilo de vida inerentes a viver com uma condição crónica.

De acordo com Bastos (2004) citando Glasgow (1999) a responsabilidade do diabético assenta em três características: as opções mais relevantes, relativamente aos principais determinantes do controlo da qualidade de vida do diabético, são efetuadas pelo próprio e não pelos profissionais de saúde; a decisão é sempre do diabético; as consequências das atitudes e consequências sobre o autocuidado atingem principalmente o diabético.

Com a Carta de Ottawa (OMS, 1986) emerge um novo conceito – *empowerment*. Este conceito, permite, através de um processo de capacitação do individuo, ou grupos, contribuir para obter ganhos em saúde superiores e duradouros. Para Laverak (2008) “o empoderamento está no coração da nova promoção da saúde e o poder está na alma do empoderamento” (Laverak, 2008. p.43). Este autor enfoca a importância do conceito, no que diz respeito à capacitação do individuo através da transmissão de informação rigorosa e fundamentada, visando proporcionar ferramentas facilitadoras da tomada de decisão e que promovam a mudança de comportamentos.

No passado, a Eps centrava-se numa vertente informativa, pois acreditava-se que os comportamentos não saudáveis tinham origem na falta de informação. Atualmente, a informação é um elo do processo e a Eps tem uma perspetiva ligada à cultura preventiva, social e democrática, às mudanças sociais, tentando reduzir as desigualdades potenciando a participação comunitária (Carvalho & Carvalho, 2006). Assente neste paradigma, a Educação na Diabetes tem evoluído nos últimos anos. Demonstrativos da eficácia dessa evolução, são os resultados de um estudo revelado pelo IDF (2011), referindo que a eficácia dos resultados da Educação na diabetes se deve em 98% aos portadores da doença e em 2% aos profissionais. Estes resultados implicam que os indivíduos estejam em posse de informação suficiente para avaliar os prós e os contras de todas as possíveis opções, não existindo decisões certas ou erradas, na gestão da diabetes, apenas opções e consequências.

Os programas educacionais que visam a autogestão da doença devem considerar o enfoque na promoção da mudança de comportamento partindo da premissa de que o conhecimento *per si* não é condição *sine qua non* para que

os indivíduos mudem de comportamento. Este tipo de programas deve incorporar as necessidades, objetivos e experiências de vida do indivíduo diabético (IDF, 2012) permitindo a “adaptação à nova situação de doença”, principalmente no que concerne à qualidade de vida e à capacidade do indivíduo diabético para autogerir a doença (DGS, 2000).

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deverá considerar como parte integrante da prática de enfermagem, o cuidado centrado na comunidade sustentado a partir de modelos teóricos e/ou teorias de enfermagem que, segundo Hanson (2005, p.41), “são um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre os fenómenos de enfermagem”.

Assim, de modo a incrementar consistência de forma estruturada ao trabalho realizado, optámos, neste PIC, pelo Modelo Transteórico da Mudança. A escolha deste modelo prende-se fundamentalmente com a contenda de que a mudança de comportamentos não ocorre de forma instantânea, é uma “jornada”, e este modelo permite compreender a progressão dos indivíduos durante essa caminhada.

2.1 – Modelo Transteórico da Mudança

O esquema terapêutico na Diabetes integra a alimentação, exercício físico e medicação – tríade terapêutica. Qualquer desequilíbrio de um destes três elementos reflete-se diretamente nos outros, impedindo a eficácia do tratamento, ou seja, todos os elementos que constituem a tríade terapêutica na DM, assumem igual importância (IDF, 2012). Pelo facto de o tratamento não se limitar ao cumprimento da medicação prescrita e estar extremamente associado a estilos de vida saudáveis, exige, com alguma frequência, que o indivíduo altere o seu estilo de vida, o que nem sempre é fácil de operacionalizar.

As abordagens ao processo de mudança comportamental assumem que se os indivíduos se convencerem da fragilidade do seu estilo de vida, isso constituirá uma motivação para mudar esses mesmos hábitos (Taylor, 1995). Um passo fundamental para que ocorram mudanças de comportamentos em saúde, é fazer com que seja o próprio indivíduo a decidir, efetivar a mudança.

Partindo da premissa de que os indivíduos não mudam de comportamentos de modo súbito, mas sim, através de estádios sucessivos, o Modelo Transteórico da Mudança constitui um quadro de referência que permite compreender como é que os indivíduos progridem em direção à adoção e manutenção de mudanças ao nível de comportamentos de saúde. Este é um modelo intencional focado na tomada de decisão individual (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990).

O conceito central deste modelo (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) assenta na dimensão temporal representada pelos estádios/fases de mudanças que as pessoas superam quando decidem mudar o comportamento de saúde. Os estádios/fases de mudança são os seguintes:

Pré-contemplação: caracterizada por resistência psicológica para reconhecer o problema e/ou mudar os comportamentos iniciais; não se verifica consciência da necessidade de mudança ou das consequências dos comportamentos; deve proporcionar-se informação explicativa dos problemas associados ao comportamento de risco e ajudar o indivíduo a crer na sua capacidade de mudar (auto-eficácia) e personalizar a avaliação;

Contemplação: surge a intenção de mudar, no entanto, o indivíduo mantém sentimentos de ambivalência, ou seja, quer agir mas ainda não está preparado. Pode também ocorrer a mudança impulsiva, muitas vezes temporária, porque ainda não se encontra preparado para a mudança. As pessoas podem permanecer neste estágio por longos períodos. Deve ser oferecido apoio no sentido de desenvolver mecanismos de alteração comportamental e ajudar a fortalecer estratégias de mudança;

Preparação: as pessoas demonstram abertura para a mudança, ou seja, estão empenhadas e a preparar-se para tomar ações num futuro imediato, têm um plano de ação.

Ação: o indivíduo está determinado à mudança. Existe uma intenção de mudar o seu estilo de vida, podendo mesmo ter ocorrido mudanças específicas nos últimos seis meses. Devem ser fomentadas estratégias para que o indivíduo consiga preparar-se para fazer face a possíveis problemas;

Manutenção: nesta fase há uma consolidação do novo comportamento e existe um esforço por não regressar aos comportamentos antigos. Deve ser proporcionado apoio face a possíveis problemas e facilitar a confiança na sua capacidade de mudança (auto-eficácia);

Recaída: pode ocorrer durante todo o processo. Porém, pode ser mais frequente a seguir à fase de ação ou de manutenção, após o que o indivíduo pode reiniciar o ciclo de mudança em qualquer um dos estadios anteriores. A aprendizagem e o valor da experiência não são perdidos e podem ser usados no futuro. Deve ser oferecido apoio incondicional e perceber os motivos da recaída sem penalizar o indivíduo e fomentar planos para uma nova tentativa (DGS, 2007). Ainda a mesma entidade, mencionando Prochaska & DiClemente (1983) e Mezquita et al (2006), refere a importância de distinguir recaída de lapso ou deslize, pois, no último, o indivíduo não sai do estadio da ação.

Para além deste conceito central, o modelo apresenta mais três conceitos chave: a decisão balanceada, a auto-eficácia e os processos de mudança (Prochaska, Jonhson & Lee, 1998).

A decisão balanceada reflete a importância relativa do indivíduo naquilo que ele considera serem as vantagens (prós) e desvantagens (contras) da mudança. Quando a importância dos contras é maior do que a dos prós, a motivação para a mudança de comportamento é baixa. Ao contrário, se a importância dos prós supera os contras, a motivação é alta. Este balanço entre prós e contras varia com os estadios de mudança revelando-se particularmente importante nos três estadios iniciais (Prochaska, Jonhson & Lee, 1998).

A auto-eficácia é um construto adaptado a partir da teoria de Bandura, em 1977 e que se refere à confiança do indivíduo na sua habilidade para desempenhar com sucesso um determinado comportamento (Taylor, 1995). Assim, esta confiança deve mediar as tentativas de mudança, tendo em conta as competências de auto-regulação apreendidas para um comportamento alvo. A auto-eficácia varia com o estadio de mudança, aumentando à medida que o indivíduo ganha confiança. Um sentimento de maior auto-eficácia traduz-se numa maior facilidade em mudar um comportamento ou hábito, implica maior

persistência em relação à perseguição dos objetivos traçados (maior resistência à frustração resultante das tentativas sem sucesso) e está associada a melhor saúde e integração social (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990).

No que diz respeito aos processos de mudança, estes têm como intuito explicar como ocorre a mudança de comportamento. Representam comportamentos, cognições, emoções adquiridas proporcionando atividades que os indivíduos usam para modificar as suas experiências e ambientes de forma a modificar o seu comportamento. (Prochaska, Jonhson & Lee, 1998). Deste modo, segundo os autores anteriormente referidos, os dez processos de mudança identificados dividem-se em cinco processos cognitivos ou experienciais (elevação da consciência, alívio dramático, reavaliação do envolvimento, auto-reavaliação e libertação social) e cinco processos comportamentais ou ambientais (contra-condicionamento, relações de ajuda, gestão do reforço, auto-libertação, controlo de estímulos).

Outro conceito que se revela de extrema importância, neste modelo, é o da prontidão. A prontidão indica a vontade de se inserir num processo pessoal ou de adoptar um novo comportamento, representando desta forma uma mudança paradigmática em relação ao comportamento problema e estabelecendo um foco na motivação. Segundo DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004) verificam-se dois aspetos distintos relacionados com este construto, que são a prontidão para a mudança e a prontidão para o tratamento. Centramo-nos na primeira que foi concebida como uma integração entre a consciencialização do sujeito em relação ao seu comportamento problema e a confiança nas suas habilidades para mudar, ou seja, a sua perceção de auto-eficácia. Este tipo de prontidão estaria associado aos acontecimentos que ocorrem em cada estadio e que sugerem aos profissionais a necessidade de recorrer a diferentes estratégias de intervenção. A compreensão da mudança como um processo e não como um evento isolado, contribui de forma extremamente significativa para o planeamento de intervenções mais adequadas (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Resumindo os estádios de mudança vão desde, o nem pensar em qualquer mudança de comportamento (pré-contemplação), até ao estágio em que se mantém com sucesso, a mudança (manutenção). Cada etapa é progressiva, passando o indivíduo de uma total ausência de atenção à necessidade de mudança, para o pensar ativamente na mudança. Contudo, a Recaída pode ocorrer durante todo o processo. O modelo aceita o retrocesso como um acontecimento normal, uma vez que, até atingir a estabilidade de um determinado estágio, as pessoas oscilam entre eles (Prochaska & DiClemente, 1983) e, voltar a um estágio anterior, não tem que se tornar um desastre ou numa recaída prolongada. Os sinais de recaída não significam, necessariamente, que a pessoa abandonou o compromisso de mudar.

3 – METODOLOGIA

A metodologia utilizada no desenvolvimento deste PIC é a do Processo de Planeamento em Saúde, que se vai ancorar em intervenções comunitárias estruturadas e sistematizadas, com a finalidade de produzir “bens ou serviços, na perspectiva de obter um determinado resultado, melhorando a capacidade operativa do sistema e contribuindo, desse modo, para atingir os objectivos de saúde do plano” (Duran, 1989, p. 107), e “conducentes à transformação da realidade” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 3)

Seguidamente descreve-mos as atividades desenvolvidas no PIC de acordo com as etapas do Processo de Planeamento em Saúde.

3.1 – Diagnóstico de Situação

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação é o primeiro passo a realizar conforme a metodologia do planeamento em saúde e deverá corresponder às necessidades de saúde da população. É o ponto a partir do qual se medirá o avanço alcançado com as atividades que serão desenvolvidas *à posteriori*, ou seja, é o padrão de comparação no momento de avaliação.

No âmbito da implementação e desenvolvimento deste PIC, nesta fase, foram realizadas reuniões com a responsável do Serviço de Saúde Ocupacional com a finalidade de acedermos ao aplicativo informático com o intuito de identificar a população com o diagnóstico de DM tipo 2. O passo seguinte foi a aplicação de instrumentos de colheita de dados com o propósito de caraterizar a população alvo, conhecer os seus comportamentos e identificar o nível de conhecimentos acerca da doença.

3.1.1 – Local de Intervenção

Desenvolvemos e implementamos este PIC no Serviço de Saúde Ocupacional do CHLC/HSJ que apresenta como missão contribuir, para a saúde dos profissionais, através da proteção e promoção da saúde e da manutenção de um ambiente saudável e seguro.

A Saúde Ocupacional possui uma equipa multiprofissional constituída por dezoito profissionais, designadamente: três Enfermeiros, um Técnico de Saúde Ambiental, um Ergonomista, quatro Assistentes Técnicos, um Psicólogo, um Higienista Oral a tempo parcial e um Médico do Trabalho a tempo completo e dois a tempo parcial, sendo que no HSJ existe em permanência um Enfermeiro e um Assistente Técnico.

3.1.2 – População Alvo/Amostra

A população alvo deste PIC é constituída por todos os profissionais do CHLC/HSJ, com DM tipo 2, previamente diagnosticada e registada nos processos clínicos do Serviço de Saúde Ocupacional. A este grupo pertencem vinte e seis profissionais distribuídos por várias categorias profissionais, cujo recrutamento para a participação neste projeto foi feito sobretudo através de contato telefónico, marcando-se dia e hora, de acordo com as várias disponibilidades.

Devido à ausência de seis (6) profissionais, no período que mediou entre 24 de maio e 15 de junho, altura em que decorreu a aplicação de questionários, e a desistência de 10 profissionais, de 15 de junho a 1 de outubro, a amostra é composta por 10 trabalhadores.

Tabela 1. Comparação da distribuição dos trabalhadores por categoria profissional (participantes/perdas)

| Categoria profissional | Trabalhadores N | |
|------------------------|--------------------|-----------|
| | Participantes | Perdas |
| Assistente Operacional | 5 | 4 |
| Assistente Técnico | 1 | 1 |
| Enfermeiro | 1 | 3 |
| TDT | 2 | 0 |
| Técnico Superior | 1 | 0 |
| Médico | 0 | 2 |
| TOTAL | 10 | 10 |

Através da análise da tabela 1 podemos afirmar que metade dos trabalhadores desta amostra (5) pertence à classe profissional dos Assistentes Operacionais. A amostra é ainda constituída por um (1) Assistente Técnico, um (1) Enfermeiro, dois (2) Técnicos de Diagnostico e Terapêutica e um (1) Técnico Superior. Verifica-se também que as classes profissionais dos Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos são as que apresentam maior número de desistências.

Entre os participantes e as perdas foram ainda comparadas variáveis como a idade, o género, a escolaridade e o tempo de diagnóstico da diabetes.

Tabela 2. Comparação das variáveis género, idade, escolaridade e tempo de diagnóstico entre os participantes e perdas

| | Trabalhadores N | |
|----------------------|--------------------|----------------|
| | Participantes | Perdas |
| Género | Feminino | 6 |
| | Masculino | 4 |
| Média (Dp) | | |
| Idade | 52,3 (\pm 4,9) | 50 (\pm 7) |
| Escolaridade | 3,7 (\pm 2) | 4 (\pm 2,4) |
| Tempo de diagnóstico | 6,4 (\pm 4,5) | 6,4 (\pm 4) |

Pela leitura da tabela 2 verificamos que para as características avaliadas, não se observam diferenças significativas.

3.1.3 – Instrumento de Colheita de Dados

A seleção dos instrumentos de colheita de dados teve em consideração as variáveis que pretendemos estudar e a preparação da operacionalização das mesmas. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de questionários preenchidos pelos trabalhadores, sendo a nossa função clarificar dúvidas e oferecer um ambiente facilitador para que os trabalhadores respondessem de acordo com o esperado.

O questionário utilizado para a colheita de dados com a finalidade de estabelecer o diagnóstico de situação foi constituído da seguinte forma (Anexo I):

- Parte 1: Caracterização Sociodemográfica, Antecedentes Pessoais e Apoio na Gestão da Diabetes;
- Parte 2: Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes (tradução da escala “Summary of Diabets Self-care Activities”): permite analisar atividades de autocuidado relativamente à alimentação, exercício físico, medição de glicemia, cuidados com os pés, medicação e hábitos tabágicos (Bastos, 2004);
- Parte 3: Questionário de Avaliação de Conhecimentos (traduzido e adaptado por Bastos (2004) do “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ – 24”). Os 24 itens que compõem este questionário foram divididos em quatro dimensões (Gomes, 2011): doença (8 itens), consequências da doença (7 itens), controlo da doença (5 itens) e sintomatologia da híper e hipoglicemia (4 itens);
- Parte 4: Recomendações para com a Diabetes (tradução da escala “Summary of Diabets Self-care Activities”): possibilita conhecer que tipos de recomendações foram transmitidos aos participantes sobre a doença (Bastos, 2004).

Com o desígnio de relacionar os estádios de prontidão para a mudança foi também utilizada a University of Rhode Island Change Assessment Scale – URICA (Anexo II). Este é um instrumento baseado no Modelo Transteórico da

Mudança (Prochaska & DiClemente, 1982) que indica os Estádios de Motivação e a Prontidão para a Mudança. A pertinência da utilização da URICA traduz-se no fato de fornecer informações sobre a motivação para modificar comportamentos e com isso, delinear abordagens e estratégias de intervenção adequadas. A URICA consiste numa escala de Likert, com 32 itens que se dividem em 4 subescalas: Pré-contemplação (itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), Contemplação (itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), Ação (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30) e Manutenção (6, 9, 16, 18, 22, 28, 32). A pontuação em cada subescala resulta da soma de pontos de cada subescala (1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – indeciso, 4 – concordo, 5 – concordo totalmente). A prontidão para a mudança e calcula-se através da seguinte equação: média de pontos da Contemplação + média de pontos da Ação + média de pontos da Manutenção – média de pontos da Pré-Contemplação.

Para todos os instrumentos utilizados foi solicitada autorização para aplicação dos mesmos (Apêndice II).

Os dados foram analisados estatisticamente através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 20 para o Windows.

3.1.4 – Apresentação de Resultados

Para realçar a informação fornecida pelos dados, utilizamos a estatística descritiva, designadamente, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão, como o desvio padrão. A apresentação sistematizada dos resultados poderá ser consultada no Apêndice V deste relatório.

Como já foi referenciado, a amostra deste PIC é de 10 trabalhadores. Destes, quatro (4) pertencem ao género masculino e seis (6) ao género feminino, com idades compreendidas entre os 43 e 61 anos, sendo a média de 52,3 anos e desvio padrão 4,9 (Apêndice V, tabelas 1, 2 e 3).

Os trabalhadores encontram-se distribuídos pelas categorias profissionais que se encontram sistematizadas na tabela 1, apresentada anteriormente, sendo a classe mais representativa a dos Assistentes Operacionais com 5 (50%) trabalhadores, logo seguida da classe dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com 2 (20%) representantes (Apêndice V, tabela 4).

Relativamente ao nível de escolaridade, 3 (30%) trabalhadores possuem licenciatura e bacharelato e 3 (30%) detêm o 12º ano (Apêndice V, tabela 6).

No que diz respeito ao conhecimento do diagnóstico, os trabalhadores desta amostra, conhecem o seu diagnóstico, em média, há cerca de 6 anos (Dp 4,5) (Apêndice V, tabela 7).

Dos 6 (60%) trabalhadores que referiram ter ajuda na gestão da Diabetes, cerca de 4 (40%) aludiram que esse apoio é realizado pelo médico, para os restantes este apoio é prestado pelos filhos. (Apêndice V, tabelas 8 e 9). O apoio prestado pelo Serviço de Saúde Ocupacional para 7 (70%) trabalhadores prende-se especialmente no que respeita à prescrição de terapêutica, orientações sobre dieta e pesquisa de glicemia.

No que concerne aos resultados respeitantes às atividades de autocuidado com a Diabetes, encontram-se sistematizados segundo as dimensões do questionário, no Apêndice V, tabelas 13 a 17).

Tabela 3 – Atividades de autocuidado – score por dimensões

| DIMENSÕES | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|------------------------------|-------------------------------|----------|
| Dieta | | |
| Alimentação geral | 5,1 | (± 0,3) |
| Alimentação específica | 2,5 | (± 0,9) |
| Exercício físico | 3,6 | (± 2,7) |
| Avaliação de glicemia | 2,7 | (± 0,07) |
| Cuidados com os pés | 4,3 | (± 2,3) |
| Medicação | 6,1 | 0 |

Através da análise da tabela 3 podemos constatar que a dimensão “medicação” é aquela que é cumprida na grande maioria dos dias da semana (cerca de 6 dias, em média) logo seguida dos “cuidados com os pés” que os trabalhadores executam, em média, cerca de 4 dias por semana. Relativamente à dieta e no que diz respeito à alimentação específica, isto é, consumo de carnes vermelhas, produtos lácteos, pão às refeições, alimentos doces e mistura de hidratos de carbono às refeições é realizado cerca de 3 dias por semana. Deste modo, podemos concluir que a alimentação específica, conjuntamente com a avaliação de glicemia e a prática de exercício físico são as dimensões do auto-cuidado com a diabetes com menor adesão pelos trabalhadores desta amostra.

Da aplicação do questionário de Avaliação de Conhecimentos sobre a Diabetes verificou-se, de uma forma geral, evidência de conhecimentos sobre a Diabetes. Considerámos as respostas corretas como conhecimentos adequados e as respostas incorretas e incertezas como desconhecimentos sobre a Diabetes, tal como Bastos (2004).

Os resultados serão apresentados segundo quatro dimensões (Gomes, 2011): conhecimento da doença (8 itens), consequências da doença (7 itens), controlo da doença (5 itens) e sintomatologia da híper e hipoglicemia (4 itens) (Apêndice V, tabelas 19 a 22).

Tabela 4 – DKQ – 24: Conhecimento – score global e por dimensões

| DIMENSÕES | MÉDIA | (\pm DP) |
|--------------------------|-------|--------------|
| Conhecimento Global | 7,5 | (\pm 2,3) |
| Conhecimento da doença | 7 | (\pm 2,6) |
| Consequências da doença | 8 | (\pm 2,7) |
| Controlo da doença | 8 | (\pm 1,5) |
| Sintomatologia da doença | 8 | (\pm 2,6) |

Da análise da tabela 4 podemos revelar que os trabalhadores desta amostra apresentam um nível elevado de conhecimentos sobre a Diabetes, em média, cerca de 8 trabalhadores respondeu correctamente às 24 questões do DKQ – 24. Verifica-se também, que a dimensão onde os trabalhadores apresentam

mais desconhecimento é a que se prende com, o *conhecimento da doença* e a dimensão que se apresenta mais homogénea é a que refere ao, *controlo da doença*.

Apresentamos seguidamente os resultados respeitantes às recomendações que se encontram sistematizados na tabela 5.

Tabela 5 – Recomendações para com a Diabetes

| Itens das Recomendações | Sem recomendação N (%) | Itens das Recomendações | Sem recomendação N (%) |
|--|---------------------------|---|---------------------------|
| Dieta | | Teste de açúcar | |
| Dieta pobre em gorduras | 0 | Monitorização de glicemia | 1 (10%) |
| Redução na ingestão do número de calorias | 1 (10%) | Avaliar açúcar na urina | 9 (90%) |
| Comer alimentos ricos em fibra | 1 (10%) | Cuidados com os pés | |
| Comer muitos frutos e vegetais | 2 (20%) | Aplicar diariamente hidratante nos pés | 5 (50%) |
| Comer muito poucos doces | 0 | Cortar as unhas a direito | 5 (50%) |
| Exercício | | Não usar calçadas ou objectos metálicos para remover as calosidades | 5 (50%) |
| Exercício físico leve | 0 | Não aquecer os pés em aquecedores, lareiras ou botijas de água quente | 5 (50%) |
| Exercício físico continuado (20m 3 vezes/semana) | 1 (10%) | Não andar descalço | 5 (50%) |
| Prática de exercício físico na rotina diária | 1 (10%) | Medicação | |
| Comprometer-se com uma quantidade específica de exercício físico | 4 (40%) | | 0 |

Através da análise da tabela 5, podemos observar que grande parte dos participantes recebeu recomendações sobre todas as dimensões do autocuidado. Verifica-se ainda, que a recomendação de alguns itens como a medicação, o exercício físico leve, a redução da ingestão de doces e de gordura, foi feita à totalidade dos trabalhadores.

3.2 – Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades ao possibilitar ordenar os problemas sobre os quais se pode e deve intervir, permite uma eficiente utilização dos recursos (Tavares, 1990). Usando como referencia o autor anterior, nesta fase do Processo de Planeamento em Saúde, foi utilizado o método de Hanlon que assenta em quatro critérios: amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (B), eficácia da solução (C), e exequibilidade da intervenção (D). Assim, foram priorizados os seguintes problemas, tendo-se obtido para todos a mesma pontuação (Apêndice VI):

- Hábitos relacionados com a alimentação específica comprometidos;
- Hábitos relacionados com o exercício físico comprometidos;
- Hábitos relacionados com a avaliação da glicemia comprometidos;
- Défice de conhecimento sobre a doença.

Apesar de a amostra apresentar, em média, um número elevado de pessoas que responderam corretamente às perguntas do questionário que avaliou os conhecimentos, considerámos imperioso intervir ao nível dos conhecimentos pelo impacto dos mesmos nas medidas de autocuidado. Para além deste facto achamos pertinente atuar especificamente sobre os conhecimentos relacionados com a sintomatologia de hipoglicemia/hiperglicemia, uma vez que a avaliação de glicemia foi uma das atividades de autocuidado com menos adesão por parte dos trabalhadores, que constituem a amostra deste PIC.

3.3 – Diagnósticos de Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses considera “crucial uma terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica” (OE, 2011, p. 13). Tendo em consideração este pressuposto a mesma entidade recomenda a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Assim, tentando cumprir este objetivo e atendendo aos problemas identificados e priorizados, os Diagnósticos de Enfermagem (enunciados segundo a taxonomia CIPE^R Versão 2) são os seguintes:

- Adesão ao regime terapêutico (diagnóstico) comprometido (juízo) num grupo (cliente) portador de Diabetes Mellitus tipo 2;
- Défice de conhecimento (diagnóstico) sobre a Diabetes (foco) num grupo (cliente) portador de Diabetes Mellitus tipo 2.

3.4 – Fixação de objetivos

A terceira etapa do planeamento em saúde corresponde à fixação de objetivos. Os autores Imperatori e Giraldes (1993) entendem como objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 79), isto é, “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo” (Tavares, 1990, p.113)

Assim, nesta etapa do PIC definimos os seguintes objetivos:

- Sensibilizar os trabalhadores com o diagnóstico de DM tipo 2, para a importância da aquisição de hábitos saudáveis (alimentação e exercício físico e avaliação de glicémia), no tratamento da doença e na prevenção das suas complicações;
- Contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a DM.

As Metas/Objetivos Operacionais que pretendemos alcançar são:

- Que no final do PIC, 60% dos trabalhadores compreendam a importância da aquisição de hábitos saudáveis;
- Que no final do PIC, 10% dos trabalhadores mude de estadió de prontidão para a mudança;
- Que no final do PIC, todos os trabalhadores da amostra conheçam a sintomatologia de hipoglicemia/hiperglicemia.

3.5 – Seleção de estratégias

Para Imperatori e Giraldes as estratégias podem ser definidas como “o conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas” constituindo “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos” de modo a “alcançar os objectivos fixados” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.87). Nesta etapa devem ser ponderados custos, obstáculos, pertinência e ainda vantagens e desvantagens de cada estratégia a implementar para que desta forma se possam alcançar os objetivos fixados anteriormente (Tavares, 1990).

Para Stanhope & Lancaster (2011) a “colaboração com uma variedade de outros profissionais, organizações e entidades é a forma mais eficaz de promover e defender a saúde das pessoas” (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 1127). Assim, neste PIC, tivemos como parceiro a Novartis, que está a lançar em Portugal o programa educacional “Juntos é mais fácil” (Anexo III). Este programa acompanha pessoas com Diabetes na adoção de estilos de vida mais saudáveis, ajudando-os a controlar a doença, ou seja, o principal objetivo é o de ajudar os indivíduos diabéticos tipo 2 a adaptarem o seu estilo de vida à doença, nomeadamente, em relação à alimentação e ao exercício físico, e a prevenir as complicações da doença. Foi idealizado por Peter Schwarz, especialista em diabetes, que defende que a metodologia de grupos é mais eficaz, do que a aproximação individual a cada paciente, na hora de tratar a doença.

Segundo o IDF (2011) a educação para a autogestão da diabetes é a pedra angular no tratamento da diabetes e efetiva na produção de resultados. Vários estudos e meta-análises afirmam ser mais rentável e eficaz.

Este PIC baseia-se num envolvimento e comunicação direta com as pessoas portadoras de DM tipo 2, em sessões onde possam esclarecer as suas dúvidas diretamente com um profissional de saúde. A DGS (2000) refere que os profissionais envolvidos neste tipo de programas de educação "devem ser capacitados" tendo a Novartis fornecido formação num total de 15 horas (Anexo IV).

O Programa "Juntos é mais fácil", tem o apoio da Associação Portuguesa Protectora dos Diabéticos de Portugal, Sociedade Portuguesa de Diabetologia e o patrocínio da Direção Geral da Saúde e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.

3.6 – Preparação e execução

O Programa "Juntos é mais fácil" é um programa de intervenção nos estilos de vida e que consiste em seis sessões educacionais, que se desenrolaram no Centro de Formação do CHLC/Polo HSJ nas datas expostas na tabela seguinte:

Tabela 6 – Cronograma das sessões educacionais

| SESSÕES | TEMAS | DATAS DAS SESSÕES | |
|----------------------|------------------|-------------------|--------|
| 1ª | MOTIVAÇÃO | 6 NOV | 29 OUT |
| 2ª (1 semana depois) | ATIVIDADE FISICA | 13 NOV | 5 NOV |
| 3ª (1 semana depois) | ALIMENTAÇÃO | 20 NOV | 12 NOV |
| 4ª (3 semana depois) | MANUTENÇÃO | 11 DEZ | 3 DEZ |
| 5ª (2 semana depois) | MANUTENÇÃO | 3 JAN | 17 DEZ |
| 6ª (4 semana depois) | MANUTENÇÃO | 31 JAN | 14 JAN |

Conforme ilustrado na tabela anterior, na primeira sessão pretendeu-se estabelecer a motivação, na segunda e na terceira sessão as temáticas

abordadas foram a atividade física e a alimentação respetivamente. A quarta, quinta e sexta sessão tiveram enfoque na reavaliação do progresso dos participantes e gestão de recaídas.

Em todas as sessões foi fornecido material de apoio em suporte de papel (brochuras), na primeira, um pedómetro e na terceira, uma balança. Com o intuito de coligir informação pertinente registada pelos participantes e para melhor visualização dos seus progressos, foi por nós elaborado um “livro de registo de atividades” (Apêndice VII). Este livro de registos foi fornecido na quarta sessão.

Procedemos também à avaliação e registo de medidas antropométricas (altura, peso e perímetro abdominal), em base de dados fornecida pela Novartis, no final de todas as sessões.

Considerando que a aprendizagem e o domínio do seu conteúdo exigem mais do que adquirir os novos conhecimentos ou factos (IDF, 2011), para cada sessão foram estabelecidos objetivos fundamentados nos três domínios da aprendizagem: domínio cognitivo (diz respeito ao conhecimento e competências intelectuais), afetivo (diz respeito às atitudes e valores) e psicomotor que se refere às capacidades físicas e/ou execução de tarefas motoras (Stanhope & Lancaster, 2008) (Apêndice VIII). Para as autoras mencionadas anteriormente, a compreensão destas três dimensões “é crucial para realizar uma educação para a saúde eficaz” (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 306).

A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura sublinha a importância e as mais-valias dos pares no que concerne à troca de experiência, na aceitação da doença e no desenvolvimento da autonomia e capacidades de gestão da doença (Glanz, 1999). Assim, relativamente aos participantes, estes foram distribuídos por dois grupos, um formado por Assistentes Operacionais constituído por cinco elementos e outro composto por Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores, que integra também cinco elementos.

3.7 – Avaliação

Esta etapa representa a fase final do planeamento em saúde. É na fase de avaliação que se determina a pertinência e eficácia do percurso desenvolvido, ou seja, revela em que medida o projeto permitiu uma aproximação da situação atual de saúde da população alvo (diagnostico de situação) com a considerada ideal (Tavares, 1990).

De forma a confrontar os objetivos com as estratégias (Tavares, 1990), “a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores” (Imperatori e Giraldes, 1993 p.178). Ainda segundo os autores referenciados anteriormente, deve ser feita a distinção entre uma avaliação a curto e a médio prazo, pois a primeira requer definição de indicadores de processo ou atividade com o intuito de fixar metas e a segunda, indicadores de impacte ou resultado.

Relativamente à globalidade da intervenção, salientamos os indicadores de atividade e de adesão, pois conseguimos realizar todas as sessões programas com um nível de adesão dos trabalhadores de 100%. Podemos também evidenciar uma aquisição de competências cognitivas e psicomotoras, pelos trabalhadores da amostra, consubstanciando as primeiras, no aumento do número de trabalhadores que adquiriram conhecimento e as segundas, no aumento do número de trabalhadores com autocuidado durante sete dias, nas dimensões avaliadas. Contudo, pensamos que os objetivos operacionais merecerem algumas considerações para além do descrito no Apêndice IX. Logo, passamos à exposição da comparação dos resultados antes e após a implementação do programa “Juntos é mais fácil” nas dimensões avaliadas relativas às atividades de autocuidado (Dieta, Exercício físico e Avaliação da Glicemia), assim como, os resultados que dizem respeito aos conhecimentos sobre a sintomatologia da doença (hipoglicemia/hiperglicemia).

Tabela 7 – Autocuidado durante 7 e 0 dias, no início e fim do projeto (Dieta)

| ALIMENTAÇÃO GERAL | | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|---|--|---|--|----------------------------------|--------|
| Alimentação saudável | | | | | |
| Inicial | | 4 (40%) | 1 (10%) | 5,4 | (±2,2) |
| Final | | 3 (30%) | 0 | 5,2 | (±1,9) |
| Alimentação recomendada | | | | | |
| Inicial | | 3 (30%) | 4 (40%) | 5 | (±2,2) |
| Final | | 5 (50%) | 1 (10%) | 5,6 | (±2,2) |
| Vegetais e fruta | | | | | |
| Inicial | | 4 (40%) | 1 (10%) | 4,9 | (±2,5) |
| Final | | 6 (60%) | 0 | 5,8 | (±1,8) |
| Média | | | | | |
| Inicial | | 3,6 | 2 | 5,1 | |
| Final | | 4,6 | 0,3 | 5,5 | |
| ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA | | | | | |
| Consome carnes vermelhas | | | | | |
| Inicial | | 2 (20%) | 0 | 2,8 | (±2,0) |
| Final | | 0 | 0 | 2,1 | (±1,7) |
| Consome de produtos lácteos | | | | | |
| Inicial | | 3 (30%) | 4 (40%) | 3,7 | (±3,1) |
| Final | | 6 (60%) | 0 | 1,4 | (±2) |
| Consome pão às refeições | | | | | |
| Inicial | | 4 (40%) | 2 (20%) | 2,4 | (±2,9) |
| Final | | 5 (50%) | 1 (10%) | 2 | (±2,6) |
| Mistura hidratos de carbono | | | | | |
| Inicial | | 5 (50%) | 1 (10%) | 1,9 | (±2,5) |
| Final | | 3 (30%) | 0 | 1,2 | (±1,3) |
| Consome bebidas alcoólicas à refeição | | | | | |
| Inicial | | 7 (70%) | 1 (10%) | 1,3 | (±2,5) |
| Final | | 9 (90%) | 0 | 0,1 | (±0,3) |
| Consome bebidas alcoólicas fora da refeição | | | | | |
| Inicial | | 8 (80%) | 1 (10%) | 0,8 | (±2,2) |
| Final | | 8 (80%) | 0 | 0,2 | (±0,4) |
| Consome alimentos doces | | | | | |
| Inicial | | 2 (20%) | 1 (10%) | 2,1 | (±2,2) |
| Final | | 4 (40%) | 0 | 1,2 | (±1,2) |
| Consome açúcar nas bebidas | | | | | |
| Inicial | | 8 (80%) | 2 (20%) | 1,4 | (±2,9) |
| Final | | 10 (100%) | 0 | 0 | 0 |
| Média | | | | | |
| Inicial | | 4,8 | 1,5 | 2 | |
| Final | | 5,6 | 0,1 | 1 | |

Através da observação da tabela 7, podemos verificar que grande parte das atividades de autocuidado com a alimentação geral obteve um aumento do número de trabalhadores que as pratica durante sete dias por semana e uma

diminuição dos indivíduos sem autocuidado. Contudo, a média do grupo sofreu um aumento muito ligeiro.

Relativamente à alimentação específica, as carnes vermelhas foram consumidas por todos os trabalhadores da amostra, observando-se apesar desta evidência, uma ligeira diminuição na média de dias de consumo do grupo. A mistura de hidratos de carbono às refeições ocorre, em média, menos dias por semana, todavia, o número de trabalhadores com esta atividade de autocuidado durante os sete dias da semana diminuiu. Resumindo, a média de trabalhadores com autocuidado, relacionado com a alimentação específica, durante os 7 dias da semana apresenta um aumento de 0,8 e a média de consumo do grupo baixou cerca de 1 dia. Queremos ainda salientar que 100% dos trabalhadores não adoça as bebidas com açúcar.

Tabela 8 – Autocuidado durante 7 e 0 dias, no início e fim do projeto (Exercício físico)

| EXERCÍCIO FÍSICO | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|-----------------------------|---|---|-------------------------------|--------|
| Atividade física (30 m) | | | | |
| Inicial | 6 (60%) | 1 (10%) | 5,5 | (±2,7) |
| Final | 5 (50%) | 0 | 5,2 | (±2,2) |
| Exercício físico específico | | | | |
| Inicial | 1 (10%) | 6 (60%) | 1,7 | (±2,6) |
| Final | 5 (50%) | 3 (30%) | 4,2 | (±3,4) |
| Média | | | | |
| Inicial | 3,5 | 3,5 | 3,6 | |
| Final | 5 | 1,5 | 4,7 | |

As atividades de autocuidado com o exercício físico aumentaram, em média, cerca de um dia por semana. Todos os indivíduos da amostra se encontram a praticar actividade física (caminhadas). Cerca de 50% (5) dos trabalhadores iniciaram sessões de exercício físico específico (natação e hidroginástica).

Tabela 9 – Autocuidado durante 7 e 0 dias, no início e fim do projeto (avaliação da glicemia)

| Avaliação de glicemia | CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | DIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (\pm DP) |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| Avaliação da glicemia | 2 (20%) | 2 (20%) | 2,8 | \pm 2,57) |
| | 4 (40%) | 0 | 4,9 | (\pm 2) |
| Monitorização recomendada | 3 (30%) | 4 (40%) | 2,7 | \pm 3,12) |
| | 10 (100%) | 0 | 7 | 0 |
| Média | | | | |
| Inicial | 2,5 | 3 | 2,8 | |
| Final | 7 | 0 | 6 | |

O programa “Juntos é mais fácil” revelou-se eficaz na avaliação de glicemia, visto que 100% dos trabalhadores faz a avaliação da glicemia conforme recomendado pelo médico. Alguns trabalhadores recorreram ao apoio do Serviço de Saúde Ocupacional para concretizarem este objetivo.

Tabela 10 – Comparação das medidas antropométricas: peso e perímetro abdominal

| PESO (Kg) | | PERÍMETRO ABDOMINAL (cm) | |
|--------------------|------------------|--------------------------|--------------------|
| Inicial | Final | Inicial | Final |
| 102,0 | 101,1 | 107 | 100 |
| 88 | 87 | 96 | 92 |
| 79,4 | 78 | 100 | 95 |
| 61,5 | 60,1 | 81 | 80 |
| 57,8 | 56 | 95 | 80 |
| 63 | 66 | 82 | 91 |
| 98,5 | 97,5 | 108 | 107 |
| 57,2 | 57 | 82 | 82 |
| 77 | 77 | 101 | 99 |
| 122 | 121 | 122 | 120 |
| Média (Dp) | | | |
| 80,6 (\pm 21,8) | 80 (\pm 21,5) | 97,4 (\pm 13,2) | 94,6 (\pm 12,7) |

Através da observação da tabela 10, verifica-se que o peso dos trabalhadores da amostra não sofreu grandes alterações, contudo, o perímetro abdominal diminuiu, em média 2,8 cm.

No que concerne aos estádios de prontidão para a mudança, The Health and Addictive Behaviors Lab (Lemos, 2011) recomenda, para a população em geral, a escala apresentada na tabela 11.

Tabela 11 – Pontos de coorte, segundo fonte do Health and Addictive Behaviors Lab (Lemos, 2011)

| Estádios | Média do grupo |
|------------------|----------------|
| Pré-contemplação | Até 8 |
| Contemplação | 8 – 11 |
| Preparação/Ação | 11 – 14 |
| Manutenção | ≥ 14 |

Durante a implementação do programa “Juntos é mais fácil”, não se constatarem grandes mudanças nos estádios de prontidão para a mudança, o que encontrava enquadrado nas nossas expectativas, tendo em conta a limitação temporal da realização do PIC. Contudo, pudemos verificar que a auto-eficácia, ou seja, a confiança dos indivíduos da amostra na sua habilidade para desempenhar com sucesso um determinado comportamento aumentou ao longo das sessões. Os trabalhadores foram convidados a quantificar, numa escala de 1 a 10, o nível de importância e de confiança na mudança de comportamento, no início da 1ª e na 6ª sessão (Apêndice X). No final da sexta sessão observou-se, em média, um aumento de 1 ponto relativo à importância e de cerca de 2 pontos na confiança na mudança.

Tabela 12 – Deslocação dos trabalhadores nos estádios de prontidão para a mudança durante a implementação do programa “Juntos é mais fácil”

| Sessões | | | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Estádios | 1ª sessão | 4ª sessão | 6ª sessão |
| Pré-contemplação | 0 | 0 | 0 |
| Contemplação | 8 | 7 | 7 |
| Preparação/Ação | 2 | 3 | 3 |
| Manutenção | 0 | 0 | 0 |
| Moda | 9 | 10 | 10 |
| Min | 8 | 8 | 9 |
| Max | 12 | 12 | 13 |

Através da observação da tabela12, podemos afirmar que um trabalhador mudou de estadio de prontidão para a mudança. Também podemos afirmar que houve uma evolução na consolidação dos trabalhadores nos estádios de prontidão para a mudança.

Após a implementação do programa “Juntos é mais fácil”, também se verificou um aumento do nível de conhecimentos (Apêndice XI), especialmente, no que relaciona com a dimensão da sintomatologia da hipo e hiperglicemia.

Tabela 13 – DKQ – 24: Comparação inicial e final do conhecimento sobre a sintomatologia de Hipoglicemia/hiperglicemia

| QUESTÃO | Avaliação inicial n (%) | Avaliação final n (%) |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 8 O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto | 10 (100%) | 10 (100%) |
| 12 Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida. | 9 (90%) | 10 (100%) |
| 21 Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue. | 4 (40%) | 9 (90%) |
| 22 Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue. | 7 (70%) | 9 (90%) |
| Media | 7,5 | 9,5 |

Na tabela 13 podemos verificar que, em média, cerca de 10 trabalhadores (totalidade da amostra) responderam corretamente às questões respeitantes à sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia.

4 - QUESTÕES ÉTICAS

Para Fortin (2000) refere que qualquer investigação com seres humanos suscita questões morais e éticas. Existem duas questões éticas ao ser realizada investigação com pessoas; uma é o consentimento informado, outra é a proteção dos indivíduos contra qualquer espécie de danos. Tendo em consideração o exposto anteriormente, tivemos em ponderação três princípios éticos: o princípio do respeito pela dignidade humana, o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Polit & Hungler, 2004).

O princípio da dignidade humana, que se prende com a liberdade do indivíduo poder decidir de forma livre e autónoma, foi respeitado, pois os trabalhadores foram informados dos objetivos do estudo, anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos, participação voluntária e da possibilidade de desistir em qualquer momento. Todos assinaram o consentimento informado (Apêndice IV) e como forma de garantir a confidencialidade dos dados procedeu-se à codificação dos questionários, através da atribuição de um número. Este registo foi feito separadamente, sendo restrito ao nosso conhecimento.

Relativamente aos princípios de beneficência e justiça foram aplicados quando asseguramos que da participação neste projeto não iria resultar qualquer dano físico ou moral e quando garantimos a seleção dos trabalhadores de forma equitativa.

Na colheita de dados foram utilizados questionários para os quais foi pedida autorização via endereço electrónico (Apêndice II), tendo também, sido pedida autorização para a realização do diagnóstico de situação e implementação do projeto ao Conselho de Administração do CHLC (Apêndice III), sendo ambas concedidas.

5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Várias foram as limitações subjacentes a este PIC, nomeadamente, com a amostra e a sua representatividade, tendo ocorrido desistências de cerca de metade da amostra inicial (10 trabalhadores), o que não nos permite generalizar conclusões. Ainda relativamente a esta matéria, queremos salientar o constrangimento associado à consistência interna dos instrumentos utilizados, uma vez que um dos questionários (DKQ – 24) apresenta um valor de Alfa de Cronbach negativo, correlações inter-itens negativas o que debilita a fiabilidade do referido questionário (Apêndice XII).

Outra condicionante que consideramos relevante como limitação do estudo, prende-se com a disponibilidade dos trabalhadores para a participação neste PIC, uma vez que estes só mostraram disponibilidade de participação em horário laboral, o que nos levou a um plano de negociação com os respetivos chefes. Deste modo, as sessões foram programadas para quando os profissionais se encontravam a exercer funções nos turnos da *Manhã*, pois assim não teriam que deslocar-se propositadamente para as sessões.

Embora estivéssemos conscientes deste constrangimento, não queremos deixar de referir, que a condição temporal também nos limitou relativamente à avaliação de indicadores de resultado para a avaliação efetiva da mudança de comportamentos (Carvalho & Carvalho 2006).

No entanto, apesar das limitações expostas pensamos que este PIC deveria ter continuidade, não só fundamentado na objetividade dos resultados obtidos, mas também, na perceção dos trabalhadores, que em média, considerou o projeto *muito bem* adequado às suas necessidades e ter conquistado *muito bons* resultados de entre os quais salientaram a motivação para a mudança.

6 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Como todo o nosso percurso profissional foi desenvolvido em ambiente hospitalar e por sentirmos necessidade de articular os cuidados com a comunidade decidimos adquirir competências em Enfermagem Comunitária. No seu artigo 88º o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros refere que para a excelência do exercício, os enfermeiros devem aumentar os seus conhecimentos através da formação continua. Para Stanhope & Lancaster (2011), nos últimos tempos, os enfermeiros tentam adequar a sua intervenção às novas exigências e necessidades das comunidades em que intervêm, afirmando que para tal “a formação educativa do especialista em enfermagem clinica de saúde pública e de saúde comunitária inclui um mestrado e baseia-se na síntese dos conhecimentos atuais e de investigação em enfermagem, saúde pública e outras disciplinas científicas” (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 972).

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é muito pertinente e necessário para a prestação de cuidados competentes especializados. Ambicionámos com a realização deste PIC desenvolver competências, tal como são descritas no Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011), de forma a objetivar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Deste modo, com a realização deste projeto pensamos que as principais competências adquiridas advêm da metodologia aplicada – Processo de Planeamento em Saúde – que nos permitiu avaliar o estado de saúde de um grupo e delinear um projeto de intervenção ancorado num referencial teórico que, neste caso, foi o Modelo Transteórico da Mudança. A etapa do diagnóstico de situação possibilitou-nos adquirir e desenvolver competências na área da investigação, mormente, no que concerne à colheita e tratamento de dados e interpretação de resultados para a qual contribuiu a utilização do programa informático SPSS. Estabelecer prioridades e definir estratégias de acordo com o referencial teórico norteador de todo o trabalho, possibilitou-nos mobilizar o *know how* de um laboratório da indústria farmacêutica. No que respeita às limitações deste PIC, já descritas

anteriormente, ativaram a capacidade de adaptação a acontecimentos menos favoráveis tornando-nos pró-ativos, o que facilitou o planeamento e a gestão das adversidades.

Com a apresentação do programa “Juntos é mais fácil” à diretora da Área de Saúde Ocupacional do CHLC, formação à enfermeira que exerce a atividade no HSJ (acordada com o laboratório) e implementação, junto dos trabalhadores portadores de DM tipo 2, temos a expectativa de ter contribuído para a consolidação de conhecimentos, para a sensibilização de aquisição de hábitos de vida saudáveis e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Benner (2005) “o modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica” (Benner, 2005, p.12). Nunca esquecendo o fato de que a experiência profissional adquirida foi desenvolvida em contexto hospitalar, de acordo com o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus adotado por Benner (2005), consideramos classificarmo-nos ao nível de *iniciada*.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DM assume-se como uma das principais doenças que, na atualidade, afetam um grande número de indivíduos não só a nível nacional, mas também mundial, sendo reconhecida como um problema de saúde pública. É uma doença com custos elevados não só relacionados com as dimensões tangíveis, como sejam os custos diretos dos sistemas de saúde e os custos da sociedade por perda de produção, mas também, os intangíveis relacionados com o *stress*, sofrimento e ansiedade. Torna-se mais do que emergente encontrar estratégias de intervenção adequadas que possam reduzir o ónus económico e humano da doença. Assim, com a realização deste PIC pretendemos evidenciar o contributo do Serviço de Saúde Ocupacional no apoio prestado aos trabalhadores portadores de DM tipo 2, na aquisição de hábitos saudáveis estando subjacentes alterações de comportamento.

A realização deste PIC foi um desafio importante, quer pelo facto de ser o primeiro desta natureza por nós realizado, quer por ter envolvido um manancial de informação e conhecimento científico muito significativo. Foi necessária uma pesquisa pormenorizada, muito desafiadora e aliciante permitindo-nos aprofundar conhecimentos (referenciais teóricos e taxonomias) muito pouco utilizados na nossa praxis. Tanto a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, como o referencial teórico que sustentou toda a intervenção, revelaram-se apropriados para este PIC.

Os resultados obtidos, corroboram, a importância da Eps na Diabetes Mellitus tipo 2 suportada pelo Modelo Transteórico da Mudança. A decisão balanceada refletindo a importância que os trabalhadores portadores da doença consideraram ser vantagens e desvantagens da mudança, que pretendiam efetuar e o nível de confiança dos mesmos na aquisição de hábitos saudáveis foram veículos promotores dos resultados positivos deste PIC. Concomitantemente, com a informação transmitida e a partilha das vivências dos trabalhadores, pensamos ter contribuído para que os indivíduos da amostra em estudo possam tomar decisões informadas (vantagens e desvantagens das várias opções), lidar com situações dárias inerentes a esta

doença crónica complexa (consistentes com as suas prioridades e valores), tendo subjacente a mudança de comportamentos. Apesar de não termos assistido a grandes deslocações dos trabalhadores pelos Estádios de Prontidão para a Mudança, o enquadramento nos mesmos permitiu direccionar e adaptar estratégias grupais e individuais que permitiram uma consolidação dentro dos estádios.

Como sugestão pensamos que será oportuna uma avaliação posterior da implementação do programa “Juntos é mais fácil”, uma vez que o *terminus* do mesmo está previsto para abril. Esta avaliação permitiria analisar o impacto do mesmo ao nível da mudança de comportamentos.

Os trabalhadores passam grande parte do seu tempo no local de trabalho e os profissionais de saúde da Área da Saúde Ocupacional, designadamente, os enfermeiros encontram-se em posição privilegiada para conhecer as suas necessidades. Considerando-os sempre como elementos de uma família/comunidade, podendo atuar em todos os níveis de prevenção, contribuem para elevar o nível de literacia para a saúde. Assim, consideramos pertinente a continuidade do programa “Juntos é mais fácil” no Serviço de Saúde Ocupacional, não só pelo exposto anteriormente, mas também, porque segundo o IDF (2011) uma das barreiras ao acesso à educação, pelas pessoas portadores de Diabetes, é a falta de tempo devido ao horário laboral. Contudo, nunca se deve olvidar que a gestão ideal da Diabetes requer envolvimento de uma equipe multiprofissional, com uma abordagem organizada e sistemática.

BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association (2012a). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. Vol. 35 (1). Acedido em 10/01/2012. Disponível em: <http://www.care.diabetesjournals.org>.
- American Diabetes Association (2012b). Standards of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*. Vol. 35 (1). Acedido em 10/01/2012. Disponível em: <http://www.care.diabetesjournals.org>.
- American Diabetes Association (2012c). Steps Toward the Meaningful Translation of Prevention Strategies for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. Vol. 35 (1). Acedido em 10/01/2012. Disponível em: <http://www.care.diabetesjournals.org>.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2001). *Viver coma a diabetes*. Lisboa: Climepsi.
- Bandura, A., Azzi, R. & Polydoro, S. (2008). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina na Universidade do Porto. Acedido em 21/01/2012. Disponível em: <http://repositório.up.pt/aberto/handle/10216/9654>.
- Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da Escala de Auto Cuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. Acedido em 21/01/2012. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf>.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociencia – Edições Técnicas científicas, Lda.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Community Health Workers/Promotores de Salud - Projects - Diabetes DDT*. Acedido em 15/01/2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/projects/comm.htm>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Heart Disease and Stroke Deaths Drop 40% - Diabetes Issues - News - Diabetes DDT*. Acedido em 15/01/2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/diabetes/news/docs/cvd_2012.htm?s_cid=fb1590.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). *National Diabetes Education Program NDEP - Diabetes DDT*. Acedido em 15/01/2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/ndep/index.htm>.
- Cosme, A. (2008). A construção de práticas de enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário. *Sísifo. Revista de ciências de Educação*. 5, 1646-4990.

- Declaração de Luxemburgo (1997) acedido em 12/1/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/10/pagina.aspx?codigoms=5523&back=1&codigono=001500240025AAAAAAAAAAAA>.
- Direção Geral da Saúde (2000). Circular Normativa nº 14/DGCG de 12/12/2000. Acedido em: 15/1/2012 Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2007). Circular Normativa nº 26/DSPPS de 28/12/2007. Acedido em: 15/1/2012 Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009309.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes*. Acedido em: 15/1/2012 Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional*. Acedido em: 13/1/2012. Disponível em: www.dgs.pt/ms/10/default.aspx?id=5523.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Acedido em: 15/1/2012 Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=17085>.
- Dicionário de língua portuguesa - com acordo ortográfico. (2003-2011). Acedido em 10/4/2012. Disponível em <http://www.infopedia.pt>.
- DiClemente, C., Schlundt, B. S. & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13 (2), 103-119.
- Duarte, Rui (2002). Epidemiologia da Diabetes. In: R. Duarte (Coord). *Diabetologia Clínica* (p. 43-56). Lisboa: Lidel.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: Aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de estudos e planeamento da saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de saúde a portadores de Diabetes Mellitus*. Lisboa: ERS.
- Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação*. (2ª edição). Loures: Lusociência, Edições técnicas e Científicas Lda.
- Glanz K. (1999) - Teoria num Relance. Um Guia para a Prática da Promoção na Saúde. In: Sardinha, Matos L. B., Loureiro M. G. (coord.) - *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. (p. 9-95) Lisboa: FMH Edições.
- Gomes, S. C. T. C. (2011). *A Diabetes Mellitus como determinante em saúde e envelhecimento: o conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa/Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 21/1/2012. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5740/1/Gomes%20S%C3%B3nia%20TM%202011.pdf>.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*, Camarate. Lusociência.

- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.) Lisboa: Edições de Saúde.
- International Diabetes Federation (2011). *Peer Leader Manual*. Acedido em 10/5/2012. Disponível em: <http://www.idf.org/peer-leader-manual>.
- International Diabetes Federation (2012a). *Global Guideline for Type 2 Diabetes*. Acedido em 10/5/2012. Disponível em: <http://www.idf.org/global-guideline-type-2-diabetes-2012>.
- International Diabetes Federation (2012b). *Global Diabetes Plan 2011-2021*. Acedido em 10/5/2012. Disponível em: <http://www.idf.org/global-diabetes-plan-2011-2021>.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde. Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lemos, L. R. (2011). *Motivação para a mudança de comportamentos de saúde*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Departamento de Educação de Aveiro. Acedido em 16/6/2012. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7861/1/243994.pdf>.
- Lucas, A. (2004). *Processo de Enfermagem do Trabalho: A sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional*. São Paulo: Iátria.
- Marruz, M. & Borracha, H. (2009). *A Intervenção do Enfermeiro na Saúde do Trabalho*. Acedido em 15/2/2012. Disponível em: http://www.ecosaude.pt/subcanais_n1.asp?id_subcanal_n1=298&id_canal=144.
- Observatório Nacional de Diabetes (2010). *Diabetes: Factos e Números 2009 – Relatório Anual do Observatorio Nacional da Diabetes*. Lisboa. SPD. Acedido em 6/1/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012769.pdf>.
- Observatório Nacional de Diabetes (2010). *Diabetes: Factos e Números 2010 – Relatório Anual do Observatorio Nacional da Diabetes*. Lisboa. SPD. Acedido em 6/1/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006A>
[AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA](http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006A).
- Observatório Nacional de Diabetes (2011). *Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatorio Nacional da Diabetes*. Lisboa. SPD. Acedido em 6/1/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006A>
[AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA](http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006A).
- Observatório Nacional de Diabetes (2012). *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatorio Nacional da Diabetes*. Lisboa. SPD. Acedido em 2/2/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006A>
[AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA](http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006A).
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing acedido em: 10/5/2012. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>.

- Oliveira, A. & André, S. (2010). *Enfermagem em Saúde Ocupacional*. Millenium. nº 41. (Julho/Dezembro). p. 115 - 122. Acedido em 15/2/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/8.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE^R Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Olhares sobre o Exercício de Enfermagem: Enfermagem do Trabalho*. Acedido em 15/2/2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/newsletter6_5.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *A Promoção da Saúde. Carta de Ottawa*. Acedido em 3/1/2012. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/document/carta%20de%20otawa.pdf>.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Silabo Lda.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização*. (5ª edição). Lisboa: Artmed editora.
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 520-528.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47. 1102-1114.
- Prochaska, J., Johnson, S. & Lee, P. (1998). The transtheoretical model of behavior change. In: S. Shumaker, E. Schron, J. Ockene e W. McBee (Eds.). *The handbook of health behavior change*. (p. 59-83). New York: Springer Publishing Company.
- Regulamento nº 128/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República 2ª série, nº 35 (18/2/2011), 8667-8669.
- Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2000) - Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 55, 68-78.
- Stanhop, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública*. (7ª Ed.). Loures: Lusodidactica.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Taylor, S. E. (1995). The Modification of Health Behaviors. In: *Health Psychology*. (3ª Ed.). (p. 83-129). New York: McGraw-Hill.
- Ulchaker, M. M. (1999). Intervenções junto de pessoas com diabetes mellitus e hipoglicemia. In W. j. Phipps, J.K. Sands, J. F. Marek (Coords). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. (6ª Ed.). (p. 1283-1345). Camarate: Lusociência.
- Velicer, W. F., DiClemente, C: C., Rossi, J. S. & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: na integrative model. *Addictive Behaviors*. 15, 271-283.
- WHO (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Acedido em 10/01/2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf.

Sites consultados:

- <http://www.apdp.pt/>. Acedido em 2012/01/21.
- <http://www.cdc.gov/diabetes/projects/comm.htm>. Acedido em 2012/01/21.
- <http://www.diabetes.org/>. Acedido em 2012/01/10.
- <http://www.dgs.pt/>. Acedido em 2012/1/6.
- <http://www.spd.pt/>. Acedido em 2012/1/21.
- <http://www.oecd.org/about/publishing/whatsnewoecd.htm> Acedido em 2012/1/2.
- <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. Acedido em 2012/1/2.
- <http://www.umbc.edu/psyc/habits/Downloads/University%20of%20Rhode%20Island%20Psychotherapy%20Version%20for%20site.pdf>. Acedido em 2012/1/2
- http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/urica/readiness.html Acedido em 2012/1/2.

ANEXOS

Anexo I: Questionário para colheita de dados – Diagnostico de Situação

QUESTIONÁRIO

Conhecimentos e comportamentos do Diabético tipo 2

Estamos a realizar um estudo sobre a temática da Diabetes Mellitus tipo 2, no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESESL), dirigido a profissionais de diferentes categorias, no contexto da Saúde Ocupacional, do CHLC/H.S. José.

Solicitamos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pedindo que seja o mais fiel possível à realidade. Os dados são absolutamente confidenciais.

Paula Maria Gonçalves Mesquita

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Parte 1 – Características Sociodemográficas

1 Idade: _____ (anos)

2 Categoria profissional:

Enfermeiro ☐₁
Médico ☐₂
Assistente operacional ☐₃
Assistente Técnico ☐₄
Técnico de Diagnostico e Terapêutica ☐

3 Estado civil

Casado ☐₁
Solteiro ☐₂
Viúvo ☐₃
Divorciado ☐₄
Outro ☐₅

4 Escolaridade

4º ano ☐₁
9º ano ☐₂
12º ano ☐₃
Licenciatura ☐₄
Outro ☐₅

5 Há quanto tempo sabe que é diabético?

5.1 Que tipo de tratamento iniciou nessa altura?

1 Dieta ☐₁
2 Exercício físico regular ☐₂
3 Dieta e Exercício físico regular ☐₃
4 Comprimidos (Antidiabéticos Orais) ☐₄
5 Insulina ☐₅
6 Insulina e Comprimidos ☐₆

5.2 Que tipo de tratamento faz atualmente?

1 Dieta ☐₁
2 Exercício físico regular ☐₂
3 Dieta e Exercício físico regular ☐₃
4 Comprimidos (Antidiabéticos Orais) ☐₄
5 Insulina ☐₅
6 Insulina e Comprimidos ☐₆

6 Neste momento, tem algum problema de saúde que seja consequência da diabetes?

Sim ☐₁ Não ☐₂

Se sim, diga qual _____

7 Tem alguém que o ajude a tratar a sua diabetes?

Sim ☐₁ Quem _____ Não ☐₂

7.1 Se sim, diga em que aspecto(s)?

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Dieta | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Exercício físico regular | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Medicação | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Pesquisa de glicemia | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Vigilância dos pés | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Idas às consultas | <input type="checkbox"/> ₆ |

8 Costuma avaliar o açúcar no sangue por picada no dedo?

Sim ☐₁ Não ☐₂

9 Costuma avaliar a glicemia (açúcar no sangue por picada no dedo) no local de trabalho?

Sim ☐₁ Não ☐₂

9.1 Com que frequência? _____

10 O Serviço de Saúde Ocupacional ajuda-o no cuidar da sua diabetes?

Sim ☐₁ Não ☐₂

10.1 Se sim, em que aspectos?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1 Orientações sobre dieta | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 2 Orientações sobre exercício físico regular | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 3 Medicação | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 4 Pesquisa de glicemia | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 5 Vigilância e cuidados aos pés | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6 Vigilância da retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> ₆ |

Avaliação Inicial

11 Peso actual , (Kg) 12 Altura , (cm)

13 Perímetro abdominal , (cm)

14 Tensão arterial: Sistólica Diastólica (mmHg)

15 Glicemia capilar (mg/dl)

16 Hemoglobina Glicosilada (%) Val Ref -

Parte 2 – Actividades de auto-cuidado com a diabetes
Tradução e adaptação da escala “Summary of Diabetes Self-care Activities”

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

Assinale com um círculo o número correspondente

| 17 DIETA | Nº de dias |
|--|--------------------------------------|
| 17.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17.2 Em media, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu comidas ricas em gordura como: | |
| 17.4.1 Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.4.2 Produtos lácteos gordos (manteiga, queijo, natas, leite gordo)? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.8 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.9 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 17.10 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 18 EXERCÍCIO | |
| 18.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (minutos totais de actividade continua, inclusive andar). | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 19 TESTE DE AÇÚCAR NO SANGUE | |
| 19.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

| | |
|--|---|
| sangue? | |
| 19.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, o número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20 CUIDADOS COM OS PÉS | |
| 20.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS inspeccionou o interior dos seus sapatos? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS pôs de molho os seus pés? | 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0) |
| 20.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21 MEDICAMENTOS | |
| 21.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe indicado, os seus medicamentos para a diabetes? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| OU (se insulina e comprimidos): | |
| 21.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 22 HABITOS TABAGICOS | |
| 22.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ |
| 22.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? | |
| Número de cigarros: _____ | |
| 22.3 Quando fumou o seu ultimo cigarro? | |
| <input type="checkbox"/> ₀ Nunca fumou | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Há mais de dois anos atrás | |
| <input type="checkbox"/> ₂ Um a dois anos atrás | |
| <input type="checkbox"/> ₃ Quatro a doze meses atrás | |
| <input type="checkbox"/> ₄ Um a três meses atrás | |
| <input type="checkbox"/> ₅ No ultimo mês | |
| <input type="checkbox"/> ₆ Hoje | |

Parte 3 – QUESTIONARIO DE CONHECIMENTO SOBRE A DIABETES
Tradução para Portugues de “Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ – 24)”

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos conhecimentos sobre a diabetes. Obrigada pela sua colaboração.

| QUESTÕES | SIM | NÃO | Não Sabe |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 23 Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 24 A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 25 A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 26 Os rins produzem insulina | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 27 Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 28 Se é diabético os seus filhos têm maior risco de serem diabéticos. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 29 A diabetes pode curar-se. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 30 O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 31 A melhor maneira de avaliar a sua diabetes é fazendo testes à urina | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 32 O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a diabetes | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 33 Há dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (“Insulino-dependentes”) e Tipo 2 “não insulino-dependentes”) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 34 Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 35 A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a diabetes | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 36 A Diabetes frequentemente provoca má circulação. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 37 Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 38 Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 39 Uma pessoa com diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 40 A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 41 A Diabetes pode prejudicar os rins. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 42 A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 43 Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 44 Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 45 Meias-calças elásticas, ou meias apertadas não são prejudiciais para os diabéticos. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 46 Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais. | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Parte 4 – RECOMENDAÇÕES PARA COM A DIABETES
Tradução e adaptação da escala “Summary of Diabetes Self-care
Activities”

As questões que se seguem questionam-no acerca das recomendações que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas ou outros) possam lhe ter dado sobre os seus cuidados para a diabetes. Obrigado pela sua colaboração.

| | |
|---|---|
| 47 HABITOS TABAGICOS | |
| 47.1 Na sua ultima visita ao Centro de Saúde, alguém lhe perguntou se fumava? | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 47.2 Se fumava, alguém o aconselhou a parar de fumar ou o informou sobre programas para deixar de fumar? | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₂ Não fuma |
| 48 DIETA | |
| Das seguintes opções, quais as que o seu médico, enfermeira, nutricionista ou dietista, lhe aconselhou que fizesse? | |
| 48.1 Seguir uma dieta pobre em gordura | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 48.2 Reduzir o número de calorias que come, para perder peso | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 48.3 Comer alimentos ricos em fibra | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 48.4 Comer muitos frutos e vegetais (pelo menos 5 doses por dia) | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 48.5 Comer muito poucos doces (por exemplo: sobremesas, refrigerantes não “diet”, chocolate) | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 48.6 Outros (especifique): _____ | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 48.7 Não me foram fornecidos conselhos sobre dieta pelo meu médico, enfermeira ou nutricionista | <input type="checkbox"/> ₀ Verdade <input type="checkbox"/> ₁ Falso |
| 49 EXERCICIO | |
| Das seguintes opções, quais as que o seu médico, enfermeira, nutricionista ou dietista, lhe aconselhou que fizesse? | |
| 49.1 Praticar diariamente exercício físico leve (como por exemplo caminhar). | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 49.2 Praticar exercício físico continuado, durante pelo menos 20 minutos, e pelo menos 3 vezes por semana. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 49.3 Praticar exercício físico na sua rotina diária (por exemplo, subir escadas em vez de elevador, estacionar a alguma distancia e caminhar, etc.) | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 49.4 Comprometer-se com uma quantidade especifica, tipo, duração e nível de exercício físico. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 49.5 Outro (especifique): _____ | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 49.6 Não me foram fornecidos conselhos sobre exercício físico pela minha equipa de saúde. | <input type="checkbox"/> ₀ Verdade <input type="checkbox"/> ₁ Falso |
| 50 TESTE DE AÇUCAR NO SANGUE | |
| Das seguintes opções, quais as que o seu médico, enfermeira, nutricionista ou dietista, lhe aconselhou que fizesse? | |
| 50.1 Avaliar o açúcar no sangue usando uma maquina para ler | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |

| | |
|--|--|
| resultados | |
| 50.2 Avaliar o açúcar na urina. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 50.3 Outro (especifique): _____ | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 50.4 Não me foram fornecidos conselhos sobre testar o nível de açúcar no sangue ou na urina, pela minha equipa de saúde. | <input type="checkbox"/> ₀ Verdade <input type="checkbox"/> ₁ Falso |
| 51 CUIDADOS COM OS PÉS | |
| Das seguintes opções, quais as que o seu médico ou enfermeira lhe aconselhou que fizesse? | |
| 51.1 Aplicar diariamente creme hidratante nos pés, excepto nos espaços interdigitais | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 51.2 Cortar as unhas a direito | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 51.3 Não usar calçadas ou objectos metálicos para remover calosidades | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 51.4 Não aquecer os pés em aquecedores, lareiras ou com botijas de água quente. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 51.5 Não andar descalço | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 51.6 Outro (especifique): _____ | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 51.7 Não me foram fornecidos conselhos sobre cuidados com os pés, pela minha equipa de saúde. | <input type="checkbox"/> ₀ Verdade <input type="checkbox"/> ₁ Falso |
| 52 MEDICAMENTOS | |
| Quais dos seguintes medicamentos para a diabetes o seu médico receitou? | |
| 52.1 Uma injeção de insulina 1 ou 2 vezes por dia. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 52.2 Uma injeção de insulina 3 ou mais vezes por dia. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 52.3 Comprimidos para a diabetes, para controlar o meu nível de açúcar no sangue. | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 52.4 Outro (especifique): _____ | Sim <input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₀ |
| 52.5 Não me foram receitados insulina ou comprimidos para a diabetes. | <input type="checkbox"/> ₀ Verdade <input type="checkbox"/> ₁ Falso |

Anexo II: URICA

.

UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT – VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário tem como objetivo conhecer a sua motivação para a mudança de comportamentos relativos à saúde. Cada afirmação descreve o que pode sentir quando está a tentar resolver os seus problemas (comportamentos que prejudicam a saúde).

Indique em que medida tende a concordar ou discordar de cada afirmação, colocando o nº correspondente no quadrado em frente da afirmação, de acordo com a escala seguinte:

| | |
|----------------------------|----------|
| Discordo totalmente | 1 |
| Discordo | 2 |
| Estou indeciso | 3 |
| Concordo | 4 |
| Concordo totalmente | 5 |

Em cada questão faça a sua escolha em termos de como se sente **AGORA**, não de como se sentiu no passado ou gostaria de se sentir.

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 – No que me diz respeito, acho que não tenho nenhum problema que precise de resolver. | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Penso que estou preparado para mudar algumas coisas sobre o meu estilo de vida. | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Já estou a fazer alguma coisa sobre os problemas que me têm incomodado. | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Valeria a pena se começasse a fazer alguma coisa para resolver os meus problemas. | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Eu não tenho nenhum problema. Para mim, estas perguntas não fazem muito sentido. | <input type="checkbox"/> |
| 6 – Preocupa-me que possa voltar atrás num problema que eu pensava já estar resolvido. Por isso, acho que preciso de ajuda. | <input type="checkbox"/> |
| 7 – Finalmente, estou a mudar alguma coisa relativamente aos meus problemas nessa área. | <input type="checkbox"/> |
| 8 – Tenho andado a pensar que poderia mudar alguma coisa acerca de mim. | <input type="checkbox"/> |
| 9 – Tenho-me saído bem a resolver o meu problema, mas não sei se consigo continuar a resolvê-lo sozinho (a). | <input type="checkbox"/> |
| 10 – Às vezes é difícil mudar o meu problema, mas estou a tentar. | <input type="checkbox"/> |

- 11 – Isto é uma perda de tempo, porque o problema não tem nada a ver comigo. ☐
- 12 – Espero entender cada vez melhor a minha posição relativamente a estes assuntos. ☐
- 13 – Todos têm defeitos, e eu também, mas não tenho nada que seja mesmo preciso mudar. ☐
- 14 – Estou a esforçar-me mesmo muito para conseguir alterar o que se passa. ☐
- 15 - Eu tenho um problema e acho mesmo que tenho de fazer alguma coisa quanto a isso. ☐
- 16 – Não estou realmente a conseguir levar em frente o que tinha decidido, mas acredito que não vou ter uma recaída. ☐
- 17 – Mesmo que não seja sempre bem-sucedido na minha intenção de mudar, pelo menos estou a tentar. ☐
- 18 – Eu pensei que depois que me resolvesse a mudar as coisas, ficaria livre deste problema, mas às vezes ainda tenho que lutar contra ele. ☐
- 19 - Gostaria de ter mais ideias acerca de como mudar as coisas. ☐
- 20 – Preciso de uma ajuda para conseguir levar a cabo a mudança nos meus problemas. ☐
- 21 – Talvez um programa fosse capaz de me ajudar. ☐
- 22 – Talvez precise de um estímulo para manter as alterações que já fiz. ☐
- 23 - Eu até posso ser parte do problema, mas sinceramente acho que não. ☐
- 24 - Espero que alguém saiba dar-me uma ajuda. ☐
- 25 – Toda a gente fala do que se deve fazer nestas situações, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa. ☐
- 26 - Esta conversa toda sobre psicologia é chata. Porque é que as pessoas não esquecem os seus problemas? ☐
- 27 - Estou disposto (a) a fazer alguma coisa para não ter uma recaída do meu problema. ☐
- 28 - É frustrante, porque pensava que tinha o meu problema resolvido, mas sinto que estou a ter uma recaída. ☐
- 29 - Eu tenho algumas preocupações sobre o meu estilo de vida, mas toda a gente tem. Para quê perder tempo a pensar nisso? ☐
- 30 – Estou realmente a trabalhar o meu problema. ☐

31 - Prefiro lidar com as consequências dos meus comportamentos na minha saúde do que mudar os meus comportamentos.

☐

32 - Apesar de tudo que já fiz para tentar mudar o meu comportamento, de vez em quando sinto-me inseguro (a) e com medo de ter uma recaída.

☐

Anexo III: Carta Novartis

Sintra, 16 de Julho de 2011



Exmo (a). Senhor (a) Doutor(a),

A Unidade de Negócio **Cardiovascular e Metabolismo da Novartis Farma** vem por este meio apresentar o projecto **JUNTOS É MAIS FÁCIL**, cujo objectivo é promover a modificação de estilo de vida para pessoas com diabetes. Este programa foi desenvolvido em colaboração com Peter E.H. Schwarz, MD, Professor da Divisão de Prevenção e Tratamento da Diabetes do Departamento de Medicina do Hospital Universitário de Carl Gustav Carus da Universidade de Dresden e do Instituto de Gestão e Prevenção TUMAINI na Alemanha.

O programa Educacional **JUNTOS É MAIS FÁCIL** é implementado em Portugal pela Novartis e conta com o patrocínio da Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal, Sociedade Portuguesa de Diabetologia e com o patrocínio da Direcção Geral de Saúde e Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.

A Novartis conta com o vosso apoio para a divulgação e implementação deste programa inovador que tem como objectivo apoiar na modificação do estilo de vida dos doentes diabéticos, através da realização de sessões educacionais nas vossas instituições. Iremos dar formação à equipa de enfermagem sobre o programa Juntos é mais fácil, tendo como base um modelo de alteração comportamental.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Teresa Carqueja
Directora Médica

Anexo IV: Certificado de formação



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que o(a) Sr.(a). Enfermeiro(a)

Paula Mesquita

participou na formação para formadores do Programa Juntos É Mais Fácil, de
15 horas, realizada nos dias 14 e 15 de Setembro de 2012, no Porto.

Porto, 15 de Setembro de 2012

Prof. Doutor João F. Raposo

Dr.ª Teresa Mota

Enf. Lurdes Serrabulho



Organização:



Patrocínio:

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



PROGRAMA

DIA 14 DE SETEMBRO

| | |
|-------------|--|
| 10H - 11H | MÓDULO I – ENQUADRAMENTO DO CURSO - Boas vindas e Apresentação do curso – Objectivos, Programa - Educação Terapêutica na Diabetes |
| 11H30 - 12H | MÓDULO II - TRABALHAR COM O GRUPO - Conhecer o grupo - Comunicação com o grupo - Criar um ambiente de suporte de aprendizagem - Aceitação das diferenças individuais - Princípios da Aprendizagem nos adultos - Gestão de grupos |
| 12H - 13H | MÓDULO III – MOTIVAÇÃO (1ª parte) - Modelo de Mudança de Comportamentos - Princípios da ENTREVISTA MOTIVACIONAL - Comunicação empática - "Conversa de Mudança" - Equilíbrio das decisões (prós e contras) - Importância e confiança na mudança - Apoiar a auto-eficácia - Lidar com a resistência e evitar o debate - Preparação para a mudança - Identificar e procurar fontes de suporte social |
| 14H - 15H | MÓDULO III – MOTIVAÇÃO (2ª parte) |
| 15H – 17H30 | IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA "JUNTOS É MAIS FÁCIL" |
| 15H – 15H30 | Preparação da 1ª Sessão do Programa – MOTIVAÇÃO |
| 16H - 17H30 | Apresentação da 1ª Sessão do Programa – MOTIVAÇÃO |

DIA 15 DE SETEMBRO

| | |
|---------------|--|
| 9H – 10H30 | MÓDULO IV – PLANO DE AÇÃO - Como apoiar o plano de ação? - Definir objetivos e criar o plano de ação – Objetivos SMART - Plano de suporte social - Adaptar o plano para prevenção de dificuldades e barreiras que possam surgir - Colocar o plano em prática. |
| 11H – 13H | IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA "JUNTOS É MAIS FÁCIL" |
| 11H - 11H30 | Preparação das 2ª e 3ª Sessões do Programa – PLANO DE AÇÃO |
| 11H30 – 13H | Apresentação das 2ª e 3ª Sessões do Programa – ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO |
| 14H - 15H | MÓDULO V – MANUTENÇÃO DO PLANO DE AÇÃO - Gestão dos retrocessos - Capacidades de "copping" - Resolução de problemas – "Como ultrapassar as barreiras?" - Etapas a seguir na resolução dos problemas - Pensamento positivo e auto-conversa – "Que tipos de pensamentos negativos tenho?" - "Como responder a um pensamento negativo" |
| | APRESENTAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NA APDP |
| 15H – 16H 45 | IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA "JUNTOS É MAIS FÁCIL" |
| 15H – 15H30 | Preparação das 4ª, 5ª e 6ª Sessões do Programa – MANUTENÇÃO |
| 15h45 – 16h45 | Apresentação das 4ª, 5ª e 6ª Sessões do Programa – MANUTENÇÃO |
| 16H45 – 17H30 | CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO DO CURSO |

APÊNDICES

Apêndice I: Cronograma

CRONOGRAMA

| MESES Semanas | | ABRIL 2012 | | | | MAIO 2012 | | | | JUNHO 2012 | | | | JULHO 2012 | | | | OUTUBRO 2012 | | | | NOVEMBRO 2012 | | | | DEZEMBRO 2012 | | | JANEIRO 2013 | | | | FEVEREIRO 2013 | | | | |
|--|-----------------------------|---------------|---------|----------|--------|--------------|----------|----------|----------|---------------|----------|----------|----------|---------------|---------|----------|----------|-----------------|---------|----------|----------|------------------|--------|----------|----------|------------------|--------|----------|-----------------|--------|---------|----------|-------------------|----------|--------|----------|--|
| | | 2 6 | 9 13 | 16 20 | 1 4 | 7 11 | 14 18 | 21 25 | 28 31 | 4 8 | 11 15 | 18 22 | 25 29 | 2 6 | 9 13 | 16 20 | 23 27 | 8 12 | 5 19 | 22 27 | 29 31 | 1 2 | 5 9 | 12 16 | 19 23 | 26 30 | 3 7 | 10 14 | 17 21 | 2 4 | 7 11 | 14 18 | 21 25 | 28 31 | 4 8 | 11 15 | |
| ETAPAS ATIVIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Integração à SO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com orientadora local | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de questionários | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise e tratamento dos dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do relatório de estágio (diagnostico de situação) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIXAÇÃO DE OBJETIVOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com DIM da Novartis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apresentação do projecto à directora da SO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXECUÇÃO/INTERVENÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agendamento das sessões | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Convocatória dos profissionais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparação das Sessões a realizar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "Juntos é mais fácil" | 1ª Sessão: Motivação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2ª Sessão: Atividade Física | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3ª sessão: Alimentação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4ª Sessão Manutenção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5ª Sessão: Manutenção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6ª Sessão: Manutenção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aconselhamento telefónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avaliação de medidas antropométricas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registo dos dados obtidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realização de"livro de registo de atividades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEMINÁRIOS DE ESTÁGIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORIENTAÇÃO TUTORIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apêndice II: Pedidos de autorização para a utilização dos questionários.

Para: fermandabastos@esenf.pt

Assunto:

Exma. Sra. Professora Fernanda dos Santos Bastos:

O meu nome é Paula Mesquita, enfermeira e sou estudante da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, nos anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013, venho por este meio solicitar a sua autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados e validados pela professora, "As atividades de auto-cuidado com a diabetes" ("Summary of Diabetes Self-Care Activities") e Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de "Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24), visto que, estou a desenvolver um projecto de intervenção, dirigida a profissionais de saúde, em contexto do Serviço de Saúde Ocupacional, do CHLC, polo HSI.

O trabalho de projeto está a ser orientado pela Professora Lourdes Varandas, professora da ESEL e pela Enfermeira Especialista Fátima Ramalho (Hospital de São José).

Estou disposta a esclarecer qualquer tipo de dúvida referente a este projeto.

Obrigada pela atenção e desde já agradeço a sua disponibilidade.

Cumprimentos

Paula Mesquita



AutorizacaoEscalaS_AACD_Conhecimento_Paula Mesquita.docx

16K [Visualizar](#) [Transferência](#)

Exma. Sr.^a Enfermeira Paula Mesquita

3º Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Assunto: Autorização para utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)

Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à estudante de Mestrado Paula Mesquita orientada pela Professora Lourdes Varandas, pela Enfermeira Especialista Fátima Ramalho (Hospital de São José), no âmbito 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para a utilização das versões do questionário e escala acima referenciados, traduzido para Português, para projecto de intervenção, dirigida a profissionais de saúde, em contexto do Serviço de Saúde Ocupacional, do CHLC, polo HSJ, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional ou eventual colaboração. Gostaria que me informassem da evolução do projecto e dos resultados que obtenham.

Ao dispor,

Porto, 17 Maio de 2012

Fernanda Santos Bastos
Professora Adjunta
Escola Superior Enfermagem do Porto
UNIESEP

paula mesquita <pmgmesquita@gmail.com>

14/11/12 ☆



para leonilde ▾

Exma. Dra. Leonilde Lemos

Chamo-me Paula Mesquita, sou enfermeira e sou estudante do curso de mestrado em enfermagem comunitaria na escola superior de enfermagem de lisboa. No ambito do projeto de intervenção que vou realizar com profissionais diabeticos tipo 2, pretendo implementar uma atividade que se prende com a aquisição de estilos de vida saudaveis.

Antes de mais queria agradecer-lhe a brevidade da resposta ao meu primeiro mail. Depois de ter lido a sua tese, venho por este meio solicitar autorização para a utilização da sua versão traduzida da URICA. A autorização formal pode ser enviada para este mail.



leonilde lemos <leonildelemos@gmail.com>

20/11/12

para mim ▾

Dr.ª Paula,

Autorizo a utilização da versão portuguesa da URICA, apresentada na tese "Motivação para a mudança de comportamentos de saúde".

...

Com os melhores cumprimentos
Leonilde Lemos

Apêndice III: Pedido de autorização para a realização do PIC

Ana Soares
Enfermeira Directora
2012/04/16

À Senhora Presidente do Conselho de
Administração do Centro Hospitalar de Lisboa
Central

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um diagnóstico subordinado à temática da Diabetes, no Serviço de Saúde Ocupacional.

Venho por este meio solicitar a V. Exas. autorização para a realização de um diagnóstico de situação, referente à temática da Diabetes nos profissionais do Hospital de São José (HSJ).

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e pretendo desenvolver um projecto subordinado à temática da Diabetes, no Serviço de Saúde Ocupacional, com vista à implementação de um "programa de prevenção da diabetes no local de trabalho". Este projecto vai ao encontro do que os peritos sobre a temática preconizam e considero que possa ser uma mais-valia para a Instituição.

Para a consecução deste objectivo e com a finalidade de desenhar de forma eficaz as actividades a desenvolver para a prossecução do projecto supracitado, necessito que V. Exas. se dignem autorizar o acesso ao processo clínico dos profissionais, nomeadamente, aos exames laboratoriais.

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 04 de Abril de 2012

| | |
|--------------------------------|----------|
| CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA | |
| Secretariado CA | |
| N.º | 2640 |
| Entrada | 04.04.12 |
| Saída | 06.04.12 |

Paula Maria Gonçalves Mesquita

Mesquita

Informação da Directora da Área de Saúde Ocupacional

*A relação entre esta doença e os riscos
ocupacionais merece um estudo e avaliação
mais detalhados. Aprio a realização deste trabalho*

Lisboa, 09 de Abril de 2012

M. João

Dr.ª Maria João Manzano

Apêndice IV: Consentimento informado

CONSENTIMENTO

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Da informação que me foi prestada constaram os objetivos, métodos e benefícios do estudo e eventual desconforto que me possa provocar.

Por este facto, consinto participar no estudo respondendo a todas as questões propostas, permitindo acesso a dados do meu processo clínico que consta da Saúde Ocupacional, que estejam relacionados com a problemática em estudo e recolha de sangue por picada no dedo, que será apenas utilizada para avaliação de glicemia.

Lisboa, _____ de _____ de 2012

Assinatura do participante:

Apêndice V: Apresentação dos resultados (diagnostico de situação)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS EFETUADOS AOS PROFISSIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

PARTE 1 – CARATERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

A amostra do estudo é composta por 10 trabalhadores do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE/ Polo HSJ.

1.1 Género

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores por género

| Género | Indivíduos N (%) |
|-----------|---------------------|
| Masculino | 4 (40%) |
| Feminino | 6 (60%) |
| Total | 10 (100%) |

Dos 10 trabalhadores que constituem a amostra 4 pertencem ao género masculino e seis ao género feminino.

1.2 Idade

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores por idade

| Idade /Classes | Indivíduos N (%) |
|----------------|---------------------|
| [40 – 44] | 1 (10%) |
| [45 – 49] | 3 (30%) |
| [50 – 54] | 3 (30%) |
| [55 – 59] | 2 (20%) |
| [60 – 69] | 1 (10%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

Verifica-se a supremacia numérica das faixas etárias entre os 45 e 49 anos e entre os 50 e 54 anos de idade, com 3 trabalhadores, o que corresponde a um total de 60% (6) da amostra.

Tabela 3 – Média e desvio padrão da idade dos trabalhadores

| | | Idade |
|----------------|---------|-------|
| N | Valid | 10 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 52,30 |
| Std. Deviation | | 4,968 |

A idade dos trabalhadores pertencentes à amostra está compreendida entre os 43 e os 61 anos de idade, sendo a média de 52,3 anos, com um desvio padrão de 4,9.

1.3 Categoria profissional

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores por categoria profissional

| Categoria profissional | Trabalhadores N (%) |
|------------------------|------------------------|
| Assistente Operacional | 5 (50%) |
| Assistente Técnico | 1 (10%) |
| Enfermeiro | 1 (10%) |
| TDT | 2 (20%) |
| Técnico Superior | 1 (10%) |
| TOTAL | 10 |

Os trabalhadores encontram-se distribuídos pelas categorias profissionais que se encontram sistematizadas na tabela 3, sendo a classe mais representativa a dos Assistentes Operacionais com 5 (50%) trabalhadores, logo seguida da classe dos TDT com 2 (20%) representantes.

1.4 Estado civil

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores por estado civil

| Estado civil | Trabalhadores N (%) |
|--------------|------------------------|
| Casado | 4 (40%) |
| Divorciado | 3 (30%) |
| Solteiro | 1 (10%) |
| Viúvo | 2 (20%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

Relativamente ao estado civil, 4 (40%) trabalhadores são casados e apenas 1 (10%) é solteiro.

1.5 Escolaridade

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores por nível de escolaridade

| Nível de Escolaridade | Trabalhadores N (%) |
|-----------------------|---------------------|
| 4º ano | 2 (20%) |
| 6º ano | 1 (10%) |
| 9º ano | 1 (10%) |
| 12º ano | 3 (30%) |
| Bacharelato | 1 (10%) |
| Licenciatura | 2 (20%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 3 (30%) trabalhadores possuem licenciatura e bacharelato e 3 (30%) detêm o 12º ano.

1.6 Conhecimento do diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2

Tabela 7 – Conhecimento do diagnóstico

| Tempo | Trabalhadores N (%) |
|-------------------|---------------------|
| 1 ano | 1 (10%) |
| 1,5 anos | 1 (10%) |
| 2 anos | 2 (20%) |
| 5 anos | 1 (10%) |
| 6 anos | 1 (10%) |
| 7 anos | 1 (10%) |
| 10 anos | 1 (10%) |
| 12 anos | 1 (10%) |
| 13 anos | 1 (10%) |
| Média (Dp) | |
| 6,38 (\pm 4,5) | |

No que diz respeito ao conhecimento do diagnóstico, os trabalhadores desta amostra, conhecem o seu diagnóstico, em média, há cerca de 6 anos (Dp 4,5).

1.7 Ajuda na gestão da Diabetes Mellitus tipo 2

Tabela 8 – Ajuda na gestão da Diabetes

| Ajuda na gestão da diabetes mellitus | Trabalhadores N (%) |
|--------------------------------------|---------------------|
| Sim | 6 (60%) |
| Não | 4 (40%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

À questão se *tem alguém que o ajude a tratar da Diabetes*, 6 (60%) trabalhadores responderam que sim e 4 (40%) responderam que não.

1.7.1 Quem presta apoio na gestão da Diabetes Mellitus tipo 2

Tabela 9 – Quem presta apoio na gestão da Diabetes

| Quem ajuda | Trabalhadores N (%) |
|--------------|---------------------|
| Médico | 4 (40%) |
| Filhos | 2 (20%) |
| TOTAL | 6 (60%) |

Dos 6 (60%) trabalhadores que referiram ter ajuda na gestão da Diabetes, cerca de 4 (40%) aludiram que esse apoio é realizado pelo médico e para os restantes é prestado pelos filhos. Este apoio, por parte do médico prende-se com orientações sobre a dieta e prescrição de medicação. O apoio prestado pelos filhos passa pela monitorização do cumprimento da dieta e vigilância dos pés.

1.8 Avaliação de glicemia por picada no dedo

Tabela 10 – Avaliação de glicemia

| Glicemia | Trabalhadores N (%) |
|--------------|---------------------|
| Sim | 9 (90%) |
| Não | 1 (10%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

Apenas 1 (10%) refere não fazer avaliação de glicemia por picada no dedo.

1.8.1 Faz avaliação de glicemia no local de trabalho

Tabela 11 – Avaliação de glicemia no local de trabalho

| Glicemia | Trabalhadores N (%) |
|--------------|---------------------|
| Sim | 2 (20%) |
| Não | 8 (80%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

Apenas 2 (20%) trabalhadores fazem avaliação da glicemia, por picada no dedo, no local de trabalho. A periodicidade desta avaliação é de uma vez por semana.

1.9 Apoio do Serviço de Saúde Ocupacional aos trabalhadores portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabela 12 – Apoio do Serviço de Saúde Ocupacional

| Apoio do Serviço de Saúde Ocupacional | Trabalhadores N (%) |
|---------------------------------------|---------------------|
| Sim | 7 (70%) |
| Não | 3 (30%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

Cerca de 7 (70%) trabalhadores dizem ter apoio do Serviço de Saúde Ocupacional especialmente no que respeita à prescrição de terapêutica, orientações sobre dieta e pesquisa de glicemia.

PARTE 2 – ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

2.1 Atividades de autocuidado com a dieta

Tabela 13 – Autocuidado com a Dieta durante 7 e 0 dias por semana

| DIETA | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|---|--|--|----------------------------------|--------|
| Alimentação Geral | | | | |
| Alimentação saudável | 4 (40%) | 1 (10%) | 5,4 | (±2,2) |
| Alimentação recomendada | 3 (30%) | 4 (40%) | 5 | (±2,2) |
| Vegetais e fruta | 4 (40%) | 1 (10%) | 4,9 | (±2,5) |
| Alimentação Específica | | | | |
| Consome carnes vermelhas | 2 (20%) | 0 | 2,8 | (±2,0) |
| Consome de produtos lácteos | 3 (30%) | 4 (40%) | 3,7 | (±3,1) |
| Consome pão às refeições | 4 (40%) | 2 (20%) | 2,4 | (±2,9) |
| Mistura hidratos de carbono | 5 (50%) | 1 (10%) | 1,9 | (±2,5) |
| Consome bebidas alcoólicas à refeição | 7 (70%) | 1 (10%) | 1,3 | (±2,5) |
| Consome bebidas alcoólicas fora da refeição | 8 (80%) | 1 (10%) | 0,8 | (±2,2) |
| Consome alimentos doces | 2 (20%) | 1 (10%) | 2,1 | (±2,2) |
| Consome açúcar nas bebidas | 8 (80%) | 2 (20%) | 1,4 | (±2,9) |

Da observação da tabela 13 podemos constatar que 4 (40%) trabalhadores praticam alimentação saudável diariamente ao passo que 1 (10%) refere não o fazer em dia nenhum. Relativamente à alimentação recomendada apenas 3 (30%) o faz nos sete dias enquanto 4 (40%) trabalhadores não o faz em nenhum dia da semana. Contudo verifica-se que o grupo de trabalhadores pertencentes à amostra faz alimentação saudável e pratica a alimentação recomendada em grande parte dos dias da semana (cerca de cinco dias). Ainda na mesma tabela podemos verificar que o consumo de pão durante as refeições não ocorre nas refeições de 4 (40%) trabalhadores e a mistura de hidratos de carbono à refeição não é realizada por cerca de 5 (50%) dos trabalhadores nos sete dias da semana. Estas atividades de autocuidado com a dieta, são praticadas pelo grupo, em média, 2 dias por semana. O consumo de vegetais e fruta é feito por 4 (40%) trabalhadores, sendo a média de consumo da amostra de 5 dias por semana. As carnes vermelhas são consumidas, em média, cerca de 3 dias por semana mas para 2 (20%) trabalhadores este consumo não se verifica durante os sete dias da semana. Relativamente ao consumo dos produtos lácteos é feito, em média, cerca de 4

dias por semana sendo que 4 (40%) trabalhadores realizam esta atividade sete dias por semana. A restrição de açúcar é cumprida durante a semana por 2 (20%) trabalhadores, no que diz respeito à ingestão de alimentos doces e por 8 (80%), no que concerne ao consumo de açúcar nas bebidas. O consumo de álcool apresenta resultados insignificantes.

2.2 Atividades de autocuidado com o exercício físico

Tabela 14 – Autocuidado com o Exercício durante 7 e 0 dias por semana

| Exercício Físico | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|-----------------------------|--|--|----------------------------------|--------|
| Actividade física (30 m) | 6 (60%) | 1 (10%) | 5,5 | (±2,7) |
| Exercício físico específico | 1 (10%) | 6 (60%) | 1,7 | (±2,6) |

Relativamente ao exercício físico específico, como se pode ler na tabela 14, apenas 1 (10%) trabalhador pratica sete dias por semana. Em relação à actividade física verifica-se que 6 (60%) trabalhadores a praticam continuamente durante 30 minutos, sete dias por semana, sendo a média, dos trabalhadores da amostra, de cerca de 6 dias por semana.

2.3 Atividades de autocuidado com a avaliação de glicemia

Tabela 15 – Autocuidado com testes de açúcar no sangue durante 7 e 0 dias por semana

| AVALIAÇÃO DE GLICEMIA | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|---------------------------|--|--|----------------------------------|--------|
| Avaliação da glicemia | 2 (20%) | 2 (20%) | 2,8 | (±2,5) |
| Monitorização recomendada | 3 (30%) | 4 (40%) | 2,7 | (±3,1) |

A avaliação da glicemia é realizada diariamente por 2 (20%) trabalhadores, sendo que apenas 3 (30%) a efectua como recomendado nos sete dias da semana. A avaliação recomendada é realizada, em média, cerca de 3 dias por semana. Podemos ainda verificar que 2 (20%) trabalhadores não avaliam a glicemia durante a semana e 4 (40%) não a avalia como recomendado em nenhum dia da semana.

2.4 Atividades de autocuidado com cuidados com os pés

Tabela 16 – Atividades de autocuidado com os pés

| CUIDADOS COM OS PÉS | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|-------------------------|--|--|-------------------------------|---------|
| Examinar os pés | 3 (30%) | 2 (20%) | 4 | (± 2,9) |
| Inspeccionar os sapatos | 2 (20%) | 5 (50%) | 2,7 | (± 3,1) |
| Lavar os pés | 10 (100%) | 0 | 7 | 0 |
| Deixa os pés de molho | 7 (70%) | 1 (10%) | 1,4 | (± 2,7) |
| Secar os pés | 8 (80%) | 1 (10%) | 6,2 | (± 2,2) |

De uma forma geral, os cuidados de higiene diária dos pés está apreendida pela maioria dos trabalhadores, porém, 2 (20%) trabalhadores não examinam os pés e 5 (50%) não inspecciona os sapatos durante a semana. Contudo estas actividades ocorrem, em média, cerca de 4 e 3 dias por semana, respetivamente.

2.5 Atividades de autocuidado com a medicação

Tabela 17 – Atividades de autocuidado com a medicação

| MEDICAÇÃO | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 7 DIAS n (%) | AUTO-CUIDADO DURANTE OS 0 DIAS n (%) | MÉDIA DO GRUPO DIAS/SEMANA | (± DP) |
|----------------------|--|--|-------------------------------|---------|
| Antidiabéticos orais | 7 (70%) | 1 (10%) | 6,1 | (± 2,1) |

A medicação (antidiabéticos orais) é tomada como indicado, em média, cerca de 6 dias sendo que 1 (10%) trabalhador não toma a medicação conforme prescrição em nenhum dia da semana.

2.6 Hábitos tabágicos

Tabela 18 – Hábitos tabágicos

| HABITOS TABAGICOS | N (%) |
|-------------------|-----------|
| Não fumadores | 8 (80%) |
| Fumadores | 2 (20%) |
| TOTAL | 10 (100%) |

Os trabalhadores desta amostra são, na sua maioria (8), ex-fumadores ou não fumadores. Os fumadores consomem , em média, 5 cigarros por dia.

PARTE 3 – CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS

Os 24 itens do questionário DKQ–24 foram agrupados em quatro dimensões (Gomes, 2011):

- Conhecimento da doença (8 itens);
- Consequências da doença (7 itens);
- Controlo da doença (5 itens);
- Sintomatologia da doença (4 itens).

3.1 Conhecimento da doença

Tabela 19 – DKQ – 24: Conhecimento sobre a doença

| QUESTÃO | CERTO n (%) | ERRADO n (%) | NÃO SABE n (%) | DESCONHECIMENTO n (%) |
|---|----------------|-----------------|-------------------|--------------------------|
| 1 Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes. | 2 (20%) | 8 (80%) | 0 | 8 (80%) |
| 2 A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo | 7 (70%) | 2 (20%) | 1 (10%) | 3 (30%) |
| 3 A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar. | 5 (50%) | 1 (10%) | 4 (40%) | 5 (50%) |
| 4 Os rins produzem insulina | 8 (80%) | 1 (10%) | 1 (10%) | 2 (20%) |
| 5 Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe. | 9 (90%) | 1 (10%) | 0 | 1 (10%) |
| 6 Se é diabético os seus filhos têm maior risco de serem diabéticos. | 9 (90%) | 1 (10%) | 0 | 1 (10%) |
| 9 A melhor maneira de avaliar a sua diabetes é fazendo testes à urina | 6 (60%) | 2 (20%) | 2 (20%) | 4 (40%) |
| 11 Há dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 ("Insulino-dependentes") e Tipo 2 "não insulino-dependentes") | 10 (100%) | 0 | 0 | 0 |

Na tabela 19 podemos verificar que para 8 (80%) dos trabalhadores da amostra “comer muitos doces” é aceite como causa de Diabetes e apenas metade da amostra 5 (50%) não interpreta que a causa da diabetes aconteça a nível renal. Relacionado com a melhor maneira de avaliar a glicemia 4 (40%) apresenta desconhecimento.

3.2 Consequências da doença

Tabela 20 – DKQ – 24: Consequências da doença

| QUESTÃO | CERTO n (%) | ERRADO n (%) | NÃO SABE n (%) | DESCONHECIMENTO n (%) |
|---|----------------|-----------------|-------------------|--------------------------|
| 14A Diabetes frequentemente provoca má circulação. | 8 (80%) | 1 (10%) | 1 (10%) | 2 (20%) |
| 15Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos. | 10 (100%) | 0 | 0 | 0 |
| 16Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés. | 9 (90%) | 0 | 1 (10%) | 1 (10%) |
| 17Uma pessoa com diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool. | 2 (20%) | 6 (60%) | 2 (20%) | 8 (80%) |
| 19A Diabetes pode prejudicar os rins. | 9 (90%) | 0 | 1 (10%) | 1 (10%) |
| 20A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés. | 9 (90%) | 1 (10%) | 0 | 1 (10%) |
| 23Meias-calças elásticas, ou meias apertadas não são prejudiciais para os diabéticos. | 6 (60%) | 3 (30%) | 1 (10%) | 4 (40%) |

Na tabela 20 podemos observar que existem 8 (80%) trabalhadores com desconhecimento relacionado com a limpeza das feridas nos portadores de diabetes e 4 (40%) com desconhecimento acerca do uso de meias elásticas.

3.3 Controlo da doença

Tabela 21 – DKQ – 24: Controlo da doença

| QUESTÃO | CERTO n (%) | ERRADO n (%) | NÃO SABE n (%) | DESCONHECIMENTO n (%) |
|---|----------------|-----------------|-------------------|--------------------------|
| 7A diabetes pode curar-se. | 8 (80%) | 1 (10%) | 1 (10%) | 2 (20%) |
| 10O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a diabetes | 9 (90%) | 0 | 1 (10%) | 1 (10%) |
| 13A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a diabetes | 7 (70%) | 2 (20%) | 1 (10%) | 3 (30%) |
| 18A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come. | 10 (100%) | 0 | 0 | 0 |
| 24Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais. | 6 (60%) | 4 (40%) | 0 | 4 (40%) |

Relacionado com o controlo da doença, podemos constatar um bom nível de conhecimentos contudo observa-se desconhecimento por 4 (40%) trabalhadores, no que concerne à dieta para diabéticos e 3 (30%) trabalhadores ignoram a importância da tríade terapêutica no controlo da diabetes.

3.4 Sintomatologia da doença

Tabela 22 – DKQ – 24: Sintomatologia de Hipoglicemia/hiperglicemia

| QUESTÃO | CERTO n (%) | ERRADO n (%) | NÃO SABE n (%) | DESCONHECIMENTO n (%) |
|--|----------------|-----------------|-------------------|--------------------------|
| 8O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto | 10 (100%) | 0 | 0 | 0 |
| 12Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida. | 9 (90%) | 0 | 1 (10%) | 1 (10%) |
| 21Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue. | 4 (40%) | 5 (50%) | 1 (10%) | 6 (60%) |
| 22Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue. | 7 (70%) | 3 (30%) | 0 | 3 (30%) |

Da análise da tabela 22 podemos inferir que os sinais de hiperglicemia são desconhecidos para 3 (30%) trabalhadores e os sinais de hipoglicemia para 6 (60%).

Apêndice VI: Método Hanlon

Método de Hanlon de acordo com Tavares (1990)

Fórmula do Cálculo do Valor de Prioridade: $(A+B) \times C \times D$

| PROBLEMAS | MAGNITUDE (A) | | GRAVIDAD E (B) | EFICÁCIA DO RESULTADO (C) | EXEQUIBILIDAD E (D) | TOTAL |
|---|---|------|----------------------|---------------------------------|---------------------------|-------|
| | Média dias/semana | Peso | | | | |
| Hábitos relacionados com a alimentação específica comprometidos | 2,5 | 2 | 10 | 1.5 | 1 | 18 |
| Hábitos relacionados com o exercício físico comprometidos | 3,6 | 2 | 10 | 1.5 | 1 | 18 |
| Hábitos relacionados com a avaliação da glicemia comprometidos | 2,7 | 2 | 10 | 1.5 | 1 | 18 |
| Défice de conhecimento sobre a doença. | Media de trabalhadores com desconhecimento acerca da doença | 2 | 10 | 1.5 | 1 | 18 |
| | 3 | | | | | |

Apêndice VII: “Livro de registo de atividades”

REGISTO DE ATIVIDADES



ATIVIDADE FÍSICA



ALIMENTAÇÃO

ATIVIDADE FISICA

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Medicação Habitual (ADO) _____

Avaliação Inicial:

- Peso: ____ Kg

- Altura: ____ cm

- IMC: ____

- Perímetro Abdominal: ____ cm

- TA: ____/____ mmHg P: ____ bpm

- HBA1C: ____



DECISÃO BALANCEADA

| Ser fisicamente mais activo | Não ser fisicamente activo |
|-----------------------------|----------------------------|
| Benefícios/Prós | Benefícios/Prós |
| | |
| Custos/Contras | Custos/Contras |
| | |

IMPORTÂNCIA/CONFIANÇA para a mudança de comportamentos

IMPORTÂNCIA

Para verificar quão importante é para si alcançar o objectivo, utilize a escala de importância, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à importância do objectivo para si.

Nada importante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito importante

Como compara a importância actual com a que tinha para si anteriormente? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que terá mudado na maneira como encara o objectivo e se existem problemas associados que necessitam ser resolvidos.

Para verificar quão importante é para si alcançar o objectivo, utilize a escala de importância, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à importância do objectivo para si.

Nada importante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito importante

Como compara a importância actual com a que tinha para si anteriormente? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que terá mudado na maneira como encara o objectivo e se existem problemas associados que necessitam ser resolvidos.

Para verificar quão importante é para si alcançar o objectivo, utilize a escala de importância, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à importância do objectivo para si.

Nada importante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito importante

Como compara a importância actual com a que tinha para si anteriormente? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que terá mudado na maneira como encara o objectivo e se existem problemas associados que necessitam ser resolvidos.

CONFIANÇA

Para verificar quão confiante está para alcançar o seu objectivo, utilize esta escala de confiança, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à sua confiança em alcançar o objectivo.

Nada Confiante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Confiante

Como compara o seu nível de confiança actual com o anterior? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que poderá estar a dificultá-lo e de como poderá resolver estes problemas.

Para verificar quão confiante está para alcançar o seu objectivo, utilize esta escala de confiança, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à sua confiança em alcançar o objectivo.

Nada Confiante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Confiante

Como compara o seu nível de confiança actual com o anterior? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que poderá estar a dificultá-lo e de como poderá resolver estes problemas.

Para verificar quão confiante está para alcançar o seu objectivo, utilize esta escala de confiança, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à sua confiança em alcançar o objectivo.

Nada Confiante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Confiante

Como compara o seu nível de confiança actual com o anterior? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que poderá estar a dificultá-lo e de como poderá resolver estes problemas.

OBJETIVOS

[illegible]

| O que vou fazer? | Como o vou fazer? | Onde o vou fazer? | Quando o vou fazer? | Com quem o vou fazer? | Quando terei atingido este objectivo? |
|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | | | | | |

APOIO SOCIAL/ESTRATEGIAS DE ANTECIPAÇÃO

| Apoio Social: outras pessoas que podem auxiliar-me a alcançar o meu objectivo | |
|---|--------------------------------|
| Pessoa | Modos possíveis de me ajudarem |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Plano de antecipação | |
|--|-------------------|
| Possível obstáculo/ barreira à mudança | Como responderei? |
| Se..... | Então..... |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Plano de antecipação | |
|--|-------------------|
| Possível obstáculo/ barreira à mudança | Como responderei? |
| Se..... | Então..... |
| | |
| | |
| | |
| | |

REGISTOS DIÁRIOS DE ATIVIDADE FÍSICA

| Dia | Descrição Actividade | Duração (min) | Nº Passos | O que senti ; com quem fiz exercício |
|-----|----------------------|---------------|-----------|--------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

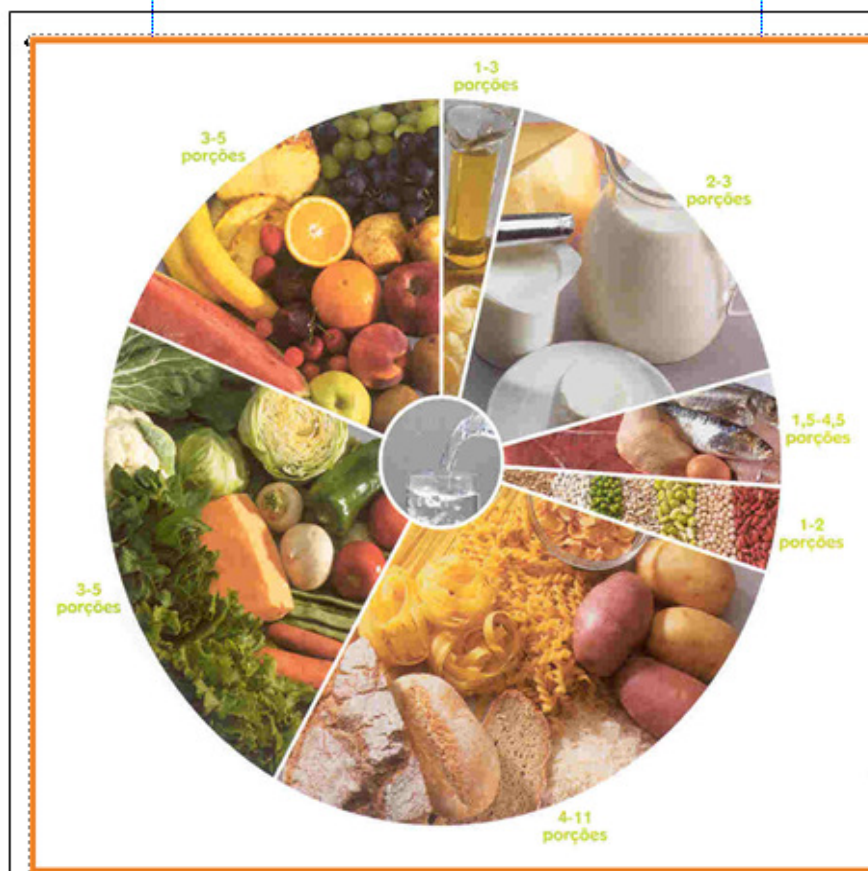
REGISTOS DIÁRIOS DE ATIVIDADE FÍSICA

| Dia | Descrição Actividade | Duração (min) | Nº Passos | O que senti ; com quem fiz exercício |
|-----|----------------------|---------------|-----------|--------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

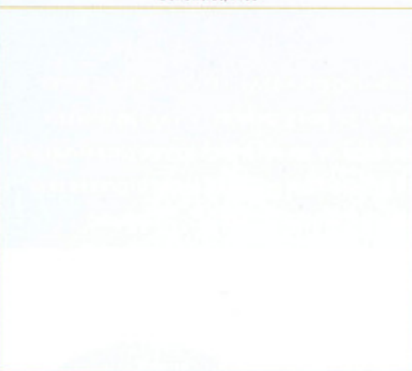
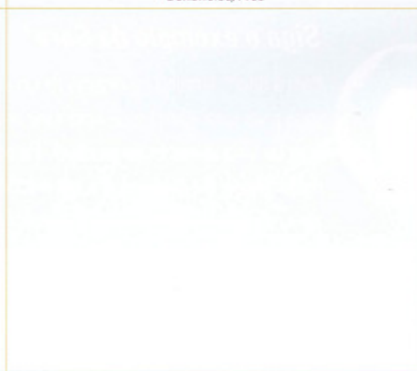
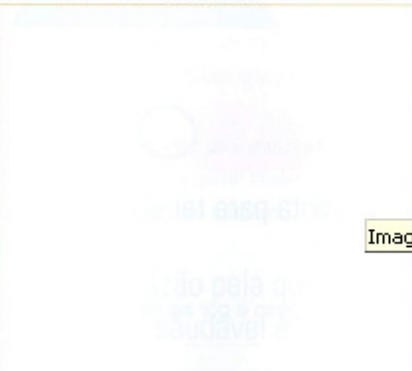
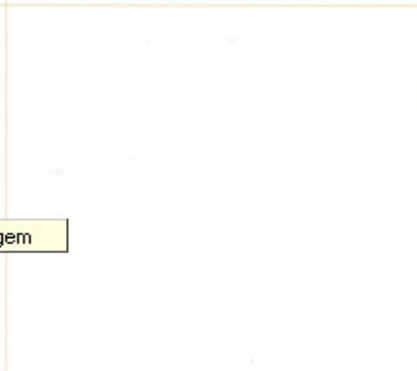
REGISTOS DIÁRIOS DE ATIVIDADE FÍSICA

| Dia | Descrição Atividade | Duração (min.) | Nº Passos | O que senti ; com quem fiz exercício |
|-----|---------------------|----------------|-----------|--------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



DECISÃO BALANCEADA

| Ter uma alimentação saudável | Não ter uma alimentação saudável |
|--|---|
| Benefícios/Prós | Benefícios/Prós |
|  |  |
| Custos/Contras | Custos/Contras |
|  |  |

Imagem

IMPORTÂNCIA/CONFIANÇA para a mudança de comportamentos

IMPORTÂNCIA

Para verificar quão importante é para si alcançar o objectivo, utilize a escala de importância, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à importância do objectivo para si.

Nada Importante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Importante

Como compara a importância actual com a que tinha para si anteriormente? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que terá mudado na maneira como encara o objectivo e se existem problemas associados que necessitam ser resolvidos.

CONFIANÇA

Para verificar quão confiante está para alcançar o seu objectivo, utilize esta escala de confiança, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à sua confiança em alcançar o objectivo.

Nada Confiante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Confiante

Como compara o seu nível de confiança actual com o anterior? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que poderá estar a dificultá-lo e de como poderá resolver estes problemas.

OBJETIVOS

O destino—*os meus objectivos a longo prazo:*

Os meus objectivos a curto prazo:

| O que vou fazer? | Como o vou fazer? | Onde o vou fazer? | Quando o vou fazer? | Com quem o vou fazer? | Quando terei atingido este objectivo? |
|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

APOIO SOCIAL/ESTRATEGIAS DE ANTECIPAÇÃO

Apoio Social: outras pessoas que podem auxiliar-me a alcançar o meu objectivo

| Pessoa | Modos possíveis de me ajudarem |
|--------|--------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Plano de antecipação

| Possível obstáculo/ barreira à mudança | Como responderei? |
|--|-------------------|
| Se..... | Então..... |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

REGISTOS DIÁRIOS DE ALIMENTAÇÃO

| Dia | Peq.Almoço | Lanche | Almoço |
|-----|------------|--------|--------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

| Lanche | Jantar | Ceia |
|--------|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Tabela

REGISTOS DIÁRIOS DE ALIMENTAÇÃO

| Dia | Peq.Almoço | Lanche | Almoço |
|-----|------------|--------|--------|
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |

[illegible]

REGISTO DE PARAMETROS

[illegible]

REGISTO DE PARAMETROS

[illegible]

| | |
|-----------------------|--|
| REGISTO DE PARAMETROS | |
|-----------------------|--|

[illegible]

Avaliação Final:

- **Peso:** ____ Kg
- **Altura:** ____ cm
- **IMC:** _____
- **Perímetro Abdominal:** ____ cm
- **TA:** ____ / ____ mmHg **P:** ____ bpm
- **hBa1C:**

- Avaliação Final:**
- **Peso:** ____ Kg
 - **Altura:** ____ cm
 - **IMC:** _____
 - **Perímetro Abdominal:** ____ cm
 - **TA:** ____ / ____ mmHg **P:** ____ bpm
 - **hBa1C:**



JUNTOS
É
MAIS FÁCIL



Elaborado por:

Enfª Paula Mesquita

Orientadoras:

Enf. Angelina Diogo

Prof. Dra. Lourdes Varandas

Data: Novembro 2012

Apêndice VIII: Conteúdos Educativos/Planos de Sessão

CURSO “JUNTOS É MAIS FÁCIL”

1ª SESSÃO – MOTIVAÇÃO

FORMADOR: Paula Mesquita

LOCAL: CHLC/ HSJ - Centro de formação, sala 1

DURAÇÃO: 90 minutos

OBJETIVO GERAL: Ajudar as pessoas portadoras de DM tipo 2 a melhorar os seus estilos de vida em relação à Alimentação e à Atividade Física

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Distinguir a DM tipo 1 da DM tipo 2;
- Compreender quais os riscos de ter DM tipo 2;
- Explicar a importância da tríade terapêutica no tratamento da DM tipo 2;
- Demonstrar o nível de importância da alteração do comportamento através da análise de experiências anteriores;
- Listar estratégias de antecipação
- Demonstrar o nível de confiança na capacidade de mudança de comportamento;
- Compreender a importância dos objetivos SMART

| ETAPAS | CONTEÚDOS | METODOLOGIAS | MAV | TEMPO |
|-----------------|---|--|---|-------|
| APRESENTAÇÃO | Apresentação e expectativas dos participantes | Boas vindas. Jogo de Apresentação: Atira-se a bola anti-stress. Cada pessoa recebe a bola e apresenta-se: – “Eu sou...”, “Venho a este curso porque...” | PPT – 1 Bola anti-stress “Ganhar saúde” | 10’ |
| | Apresentação do Curso – Tema, selecção dos participantes, objectivo geral, organização das sessões | Apresentação em power point | PPT – 2, 3, 4 | 5’ |
| | Regras de funcionamento do grupo | Apresentação das regras de funcionamento do grupo. Ler e confirmar se concordam com todas. | PPT – 5 | 3’ |
| | Apresentação do tema da sessão - Motivação | Apresentação em power point. | PPT – 6 | 2’ |
| DESENVOLVIMENTO | Diabetes - O que é, tratamento, objectivos do tratamento, vigilância da glicemia, autovigilância, hipoglicémias | “Vamos começar por fazer uma pequena revisão sobre diabetes”. Solicitar aos participantes que digam o que é a diabetes, o que é a diabetes tipo 2 e ir clarificando os conceitos. Perguntar qual é o tratamento da diabetes e mostrar a seguir o PPT- 8. Reforçar a importância da adesão à terapêutica. Apresentar os objectivos do tratamento, salvaguardando a individualização dos objectivos. Salientar a importância da autovigilância da glicemia, do peso, do perímetro abdominal, TA, ... Perguntar se já tiveram hipoglicemias, como se sentiram, como trataram,...Apresentar o PPT 12 e 13. | PPT – 7 a 13 | 15’ |
| | Dificuldades no tratamento da diabetes | Solicitar a cada participante que exprima as dificuldades que sente, no dia-a-dia, relativamente ao tratamento da diabetes. | PPT - 14 | 10’ |
| | Processo de Mudança de Comportamentos Teoria | Relacionar as dificuldades sentidas e referidas com as mudanças que é necessário fazer para adesão ao tratamento e como o processo de mudança de comportamento é difícil e complexo. Mostrar exemplos práticos das diferentes fases em que as pessoas podem estar em relação à mudança de comportamentos – PPT 17. | PPT – 15 a 17 | 5’ |
| | Processo de Mudança de Comportamentos Experiência passada | Solicitar aos participantes que pensem num comportamento relacionado com o seu estilo de vida que tenham tentado mudar, quais os objectivos que definiram para essa mudança, se conseguiram manter esse comportamento, o que ajudou e faltou durante essa mudança. Reforçar a importância da rede de apoio. | PPT – 18 a 21 | 5’ |
| | Processo de Mudança de Comportamentos Objectivos SMART Prós e Contras Importância da Mudança Confiança na Mudança Pontos fortes que asseguram a mudança | Solicitar aos participantes que pensem num comportamento relacionado com o seu estilo de vida que queiram mudar . Propor que pensem nos objectivos SMART para a mudança de comportamento que escolheram. Propor que analisem os prós e contras de mudarem esse comportamento. Realçar a importância e a confiança na mudança. Propor que pensem onde se situam nas escalas de importância e de confiança relativamente à mudança de comportamento. Propor que analisem os seus pontos fortes que podem contribuir para favorecer a mudança de comportamentos. | PPT – 22 a 30 Livro págs 50 e 52 | 15’ |
| CONCLUSÃO | Tarefas para casa | Analisar melhor os prós e contras, escalas de importância e confiança na mudança e pontos fortes relativamente ao que se pretende mudar. Reflectir se está preparado para mudar. Sugerir um objectivo simples. Por exemplo – caminhar 10 minutos por dia, todos os dias. Utilizar o pedómetro. Recomendado 10000 passos por dia. Registos no diário da actividade física e alimentação. Relembrar o tema da 2ª sessão – Actividade Física. | PPT 30 e 31 | 5’ |
| AVALIAÇÃO | Avaliação da sessão Medições | Solicitar aos participantes que reflectam oralmente e em grupo um pouco sobre a sessão em que acabaram de participar. Dar os pedómetros, ensinar a utilizar o pedómetro, dar a folha com as instruções. Pesar e registar. Medir perímetro abdominal e registar. | Folha de instruções do pedómetro Pedómetros Balança Fita métrica | 15’ |

Apresentação em power point da 1ª sessão



**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Objectivo Geral

Ajudar as pessoas com diabetes tipo 2
a melhorar os seus estilos de vida,
em relação à Alimentação e à Actividade Física

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

SESSÕES DO CURSO

| SESSÕES | TEMAS | DATAS DAS SESSÕES |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 1ª | MOTIVAÇÃO | 6 NOV |
| 2ª (1 semana depois) | ACTIVIDADE FÍSICA | 13 NOV |
| 3ª (1 semana depois) | ALIMENTAÇÃO | 20 NOV |
| 4ª (3 semanas depois) | MANUTENÇÃO | 11 DEZ |
| 5ª (2 semanas depois) | MANUTENÇÃO | 3 JAN |
| 6ª (4 semanas depois) | MANUTENÇÃO | 31 JAN |

1ª Aconselhamento Telefónico – 3 semanas após 5ª sessão
2ª Aconselhamento Telefónico – 2 semanas após 6ª sessão
Avaliação final – peso, perímetro abdominal e A1c – 6 meses após início

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Como vai Funcionar o nosso Grupo de Estilo de Vida Saudável?

- Começar e terminar todas as sessões no horário estabelecido
- Manter o telemóvel sem som
- Todos têm direito a colocar questões e a dar a sua opinião
- Fala uma pessoa de cada vez
- Ouvir os outros
- O tempo de debate é para ser partilhado
- Tentaremos todos não nos desviar do assunto que está a ser discutido
- Informar se não puder comparecer a uma sessão

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

1ª Sessão

Motivação

Mover para a Ação
Impulso interno que leva à Ação

Existe alguma coisa para alterar?
Porque deve mudar?
Como deve mudar?

The slide includes an illustration of three people in business attire working together to move large white blocks, symbolizing progress and action.

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

DIABETES

O que é a Diabetes?

O que é a diabetes tipo 2?

Qual é o tratamento da diabetes tipo 2?



PROCESSO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS



Exemplos da Fase de Mudança de Comportamento

"Tenho mais 15kg do que devia, mas sinto-me bem como estou"

"Sinto-me com excesso de peso, mas não sei como perdê-lo"

"Estou a planejar fazer uma dieta a partir do próximo mês"

"Já perdi o peso que queria perder nos últimos 6 meses"



Pense num
Comportamento relacionado
com o seu Estilo de Vida
que já tentou mudar



Que Objectivos definiu
para essa mudança?



Conseguiu manter
esse comportamento?



O que o ajudou
OU
faltou durante essa Mudança?

Rede de apoio



Agora pense
num Comportamento
relacionado com o seu
Estilo de Vida
que queira mudar

Objectivos para Mudança de Comportamentos

Específicos
(O quê, como,
quando, onde,
com quem?)

Alcançáveis

Mensuráveis

Relevantes

Temporalmente
definidos

Prós e Contras da Mudança



A Motivação para a Mudança

Passar à Ação



A Mudança ocorre quando acreditamos...

Nas
vantagens
da
mudança

• Importância

Na nossa
capacidade
de mudar

• Confiança

A IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA

Quanto é importante para si
fazer esta mudança?



CONFIANÇA NA MUDANÇA

O que lhe dá confiança de que vai ser capaz?

O que o impede de ser confiante?

Ver Página 52



Quais são os seus **pontos fortes** para conseguir fazer essa mudança?



Tarefas para Casa

- ➔ Prós e Contras da Mudança (página 48)
- ➔ Identificar os seus pontos fortes (página 55)
- ➔ Escalas de Importância e de Confiança

Reflectir se está preparado/a para mudar!

- ➔ Tentar mudar 1 hábito
- Exemplo: Caminhar 10 minutos 1x dia



Tarefas para Casa

Diários - para registo da alimentação e da actividade física (Páginas 58 a 62)

Pedómetros – Quantos passos por dia?
(Recomendado - 10000 passos por dia)



PEDÓMETRO - Contar os passos



PEDÓMETRO

COLOCAÇÃO

- A colocação deverá ser efectuada na cintura, de preferência na parte lateral, junto dos ossos da bacia para assim detectar os movimentos da bacia ao caminhar (possui um gancho na parte posterior para facilitar a colocação)
- Para contar os passos com exactidão, deve ser sempre colocado na posição vertical





PEDÓMETRO

COMO UTILIZAR?

- Para uso diário, lembre-se de colocar o pedómetro logo ao acordar.
- O Pedómetro não deve molhar-se, por essa razão, deve retirá-lo quando for nadar ou tomar banho.
- Deve retirar o pedómetro apenas quando vai dormir.
- Registar o nº de passos no caderno diariamente e na manhã seguinte colocar o pedómetro a zeros antes da sua colocação.



Próxima sessão...

Na próxima sessão
vamos elaborar um plano de acção
de Actividade Física



"A mudança de comportamento
é uma viagem,
procuramos fornecer o mapa e a bagagem
para a descoberta individual
do caminho a atingir"



Obrigada pela vossa participação!

E lembrem-se ...

"JUNTOS É MAIS
FÁCIL"



Medições...



Peso



Perímetro
abdominal

CURSO JUNTOS É MAIS FÁCIL

2ª SESSÃO – Elaboração de um Plano de ação para a Atividade Física

FORMADOR: Paula Mesquita

LOCAL: CHLC/HSJ - Centro de formação, sala 1

DURAÇÃO: 92 minutos

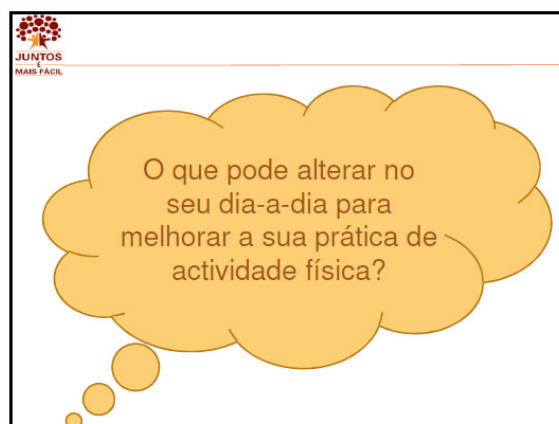
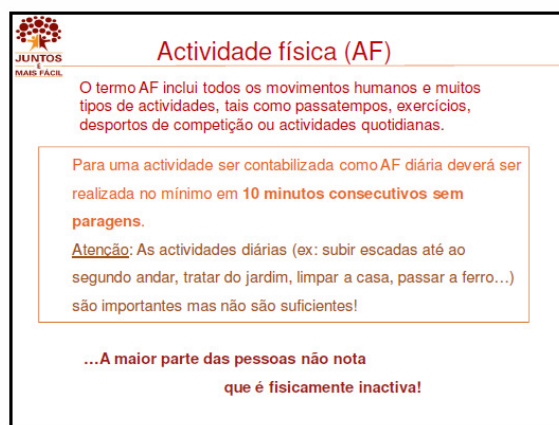
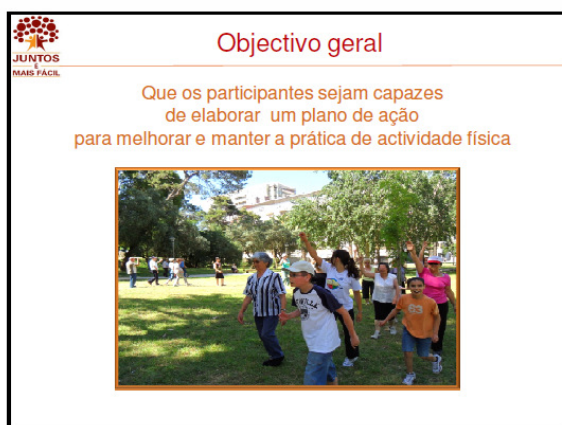
OBJECTIVO GERAL - Ajudar as pessoas portadoras de DM tipo 2 a melhorar os seus estilos de vida em relação à Alimentação e à Atividade Física

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer três princípios básicos para seleccionar uma atividade física;
- Definir objectivos SMART para a mudança de comportamento, relacionado com a atividade física;
- Identificar fontes de apoio social;
- Desenvolver estratégias de antecipação;
- Elaborar um plano de acção para melhorar e manter a atividade física.

| ETAPAS | CONTEUDOS | METODOLOGIAS | MAV | TEMPO |
|-----------------|--|--|---|-------|
| APRESENTAÇÃO | Apresentação do objectivo da sessão | Boas vindas. Apresentação do objectivo da sessão. | PPT – 1,2 | 2' |
| DESENVOLVIMENTO | A Actividade física – definição e vantagens | Apresentação em power point | PPT – 3 a 7 | 5' |
| | Iniciar a actividade física - Como se deve iniciar a actividade física e os cuidados a ter quando se pratica a actividade física. | Apresentação em power point Salientar os cuidados a ter antes, durante e após a actividade física | PPT – 8 e 9 | 5' |
| | O que sinto e penso em relação à actividade física | Solicitar a cada participante que expresse a sua opinião relativamente à actividade física. Distribuir pelos participantes o livro da sessão 2. Preenchimento das escalas de confiança e importância. | PPT – 10 e 11 Livros da sessão 2 Folha de decisão balanceada (pág.17) e escalas (pág.19 e 21) | 15' |
| | Que tipo de actividade física devo fazer? Consciencialização da prática de actividade física individual- | Suscitar interesse na temática, destacando que caminhar juntos é mais fácil. Rever com os participantes que tipo de actividade física fazem diariamente. Desenvolver actividade em grupo, de forma a partilhar experiências e ideias no que respeita à introdução de actividades no dia-a-dia, que melhorem a prática de actividade física. | PPT – 12 e 13 Ficha (pág.29) Metaplan Folhas de cartolina Canetas | 15' |
| | Tipos de actividade física Pirâmide de Actividade Física; Tempo de prática de AF; Princípio FITT; Calorias gastas por tipos de AF; Exemplos práticos de AF | Apresentação em power point. Mostrar e desenvolver a temática da pirâmide da actividade física. Mostrar quadros com alguns exemplos de actividades físicas, que podem ser realizadas no quotidiano Exemplificação de exercícios práticos que os participantes podem fazer | PPT – 14 a 18 | 20' |
| | Plano de Acção Objectivos SMART; Rede de apoio; Estratégias de antecipação | Propor que pensem nos objectivos SMART para a mudança de comportamento que escolheram. Reforçar a importância da rede de apoio e promover a percepção das características de um bom apoiante para cada participante. Explicar a importância e reflectir sobre a importância das estratégias de antecipação. Registar o plano de acção individual. | PPT – 19 a 26 Ficha (págs. 44 e 45) Ficha (pág.53 e 55) Ficha (pág. 62) | 15' |
| CONCLUSÃO | Tarefas para casa | Reler o módulo da Elaboração de um plano de acção para a actividade física e discutir o plano de acção com “a rede” de suporte social. Introduzir a próxima sessão. | PPT 27 e 28 | 5' |
| AVALIAÇÃO | Reflexão final Avaliação da sessão Medições | Solicitar aos participantes que reflectam oralmente e em grupo um pouco sobre a sessão em que acabaram de participar. Pesar e registar. Medir perímetro abdominal e registar. | PPT 29 Balança Fita métrica | 10' |

Apresentação em power point da 2ª sessão





Ao iniciar a Actividade Física ...

Comece devagar e aumente o seu nível de actividade e a intensidade de forma gradual

Quando praticar Actividade Física...

- Avalie a glicémia antes e depois de praticar AF
- Leve açúcar consigo, para utilizar em caso de necessidade
- Vista uma roupa confortável
- Utilize calçado adequado e confortável

O que penso e sinto em relação à AF?

| Ser fisicamente mais activo | Não ser fisicamente activo |
|-----------------------------|----------------------------|
| Benefícios/Prós | Benefícios/Prós |
| | |
| Contras/Contras | Contras/Contras |
| | |

Página 17

Escalas de Importância e Confiança

Páginas 19 e 21

Importância

Para avaliar a importância de uma determinada actividade física, atribua-lhe um valor de importância de 1 a 10. Atribua o valor que representa a importância da actividade para si.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiança


Para avaliar a confiança de uma determinada actividade física, atribua-lhe um valor de confiança de 1 a 10. Atribua o valor que representa a sua confiança na actividade.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

JUNTOS MAIS FÁCIL

Que tipos de actividade praticar?

Qualquer tipo de actividade física extra que faça, vai fazer-lhe bem!



Caminhar juntos é mais fácil!

JUNTOS MAIS FÁCIL

A minha prática de AF

Agora Tente Você

| | Sim | Não | Por vezes |
|--|-----|-----|-----------|
| Praticar actividade física semanal: | | | |
| A sua actividade física tem a duração de, pelo menos, 30 minutos? | | | |
| Utiliza-se escadas em vez do elevador? | | | |
| Costuma estacionar a uma longa distância do seu destino? | | | |
| Para ir às compras vai a pé em vez de levar o carro? | | | |
| A sua reacção torna-se mais rápida quando pratica actividade física? | | | |




JUNTOS MAIS FÁCIL

PIRÂMIDE DE ACTIVIDADE FÍSICA



Tempo de Lazer Sedentário
- não mais que 2 horas/dia

Alongamentos
- aproximadamente 15 minutos/semana

Fortalecer os músculos
- 2 vezes/semana, aproximadamente 15 minutos de cada vez

Treino de Endurance
- 90 minutos por semana, distribuídos por vários dias

Actividades do dia-a-dia
- pelo menos 30 minutos/dia

JUNTOS MAIS FÁCIL


Qual o tempo mínimo aconselhável para a prática de AF?

30 minutos por dia

- seguidos
- 3 sessões de 10 minutos

É aconselhável praticar actividade física pelo menos 3 dias por semana

Nota: O tipo e duração de actividade física deve ser sempre discutido com o médico assistente.



JUNTOS MAIS FÁCIL

O princípio FITT

No planeamento da sua actividade física, tenha em conta:

- Frequência
- Intensidade
- Tempo
- Tipo

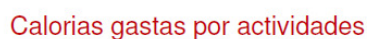
Monitorize a sua actividade com o pedómetro

JUNTOS MAIS FÁCIL

Calorias gastas por actividades

TAB. 4.7 - GASTOS CALÓRICOS APROXIMADOS POR ACTIVIDADE, PESO E DURAÇÃO DO EXERCÍCIO

| PESO (KG) | TEMPO (min) | CALORIAS GASTAS POR ACTIVIDADE | | | | | |
|-----------|-------------|--------------------------------|--------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|
| | | ENFAR. A CASA | MARCHE MAIS RÁPIDA | DANÇA DE SALÃO | DANÇA DE SALÃO MAIS INTENSA | NATAÇÃO LIGEIRA | NATAÇÃO MAIS INTENSA |
| 60 | 30 | 112 | 140 | 208 | 96 | 176 | 236 |
| | 40 | 148 | 185 | 280 | 128 | 236 | 316 |
| | 50 | 184 | 232 | 352 | 160 | 296 | 396 |
| 65 | 30 | 119 | 150 | 221 | 102 | 187 | 252 |
| | 40 | 158 | 198 | 290 | 136 | 252 | 336 |
| | 50 | 197 | 247 | 365 | 170 | 312 | 420 |
| 70 | 30 | 126 | 161 | 234 | 111 | 204 | 276 |
| | 40 | 168 | 215 | 312 | 148 | 272 | 368 |
| | 50 | 210 | 270 | 396 | 186 | 340 | 456 |
| 75 | 30 | 133 | 170 | 245 | 117 | 216 | 292 |
| | 40 | 177 | 225 | 327 | 156 | 288 | 392 |
| | 50 | 221 | 285 | 420 | 198 | 360 | 480 |
| 80 | 30 | 140 | 177 | 252 | 122 | 224 | 304 |
| | 40 | 184 | 230 | 336 | 164 | 296 | 400 |
| | 50 | 228 | 285 | 440 | 206 | 368 | 496 |



| CALORIAS GASTAS POR ACTIVIDADE | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------|---------------|--------|--------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|----------------------|
| PESO (KG) | TEMPO (MIN.) | LANHAR A CASA | MARCHE | MARCHE MAIS RAPIDO | DANÇAS DE SALÃO | DANÇAS DE SALÃO MAIS INTENSAS | NATAÇÃO LIGEIRA | NATAÇÃO MAIS INTENSA |
| 85 | 10 | 53 | 75 | 96 | 45 | 83 | 120 | 165 |
| | 30 | 158 | 225 | 293 | 135 | 248 | 360 | 495 |
| | 60 | 312 | 448 | 579 | 267 | 490 | 712 | 979 |
| 90 | 10 | 56 | 80 | 104 | 48 | 88 | 128 | 176 |
| | 30 | 165 | 235 | 306 | 141 | 259 | 376 | 517 |
| | 60 | 333 | 478 | 618 | 282 | 528 | 752 | 1034 |
| 95 | 10 | 60 | 85 | 111 | 51 | 94 | 136 | 187 |
| | 30 | 173 | 250 | 323 | 150 | 275 | 409 | 560 |
| | 60 | 350 | 500 | 650 | 300 | 550 | 800 | 1100 |
| 100 | 10 | 63 | 90 | 117 | 54 | 99 | 144 | 198 |
| | 30 | 186 | 266 | 349 | 159 | 292 | 434 | 583 |
| | 60 | 368 | 529 | 687 | 315 | 578 | 840 | 1155 |
| 105 | 10 | 63 | 90 | 118 | 54 | 99 | 144 | 198 |
| | 30 | 195 | 275 | 356 | 165 | 301 | 440 | 605 |
| | 60 | 385 | 550 | 715 | 330 | 605 | 880 | 1210 |



Estabeleça objetivos:

Ex: Eu quero perder peso

Específicos

Ex: Eu quero perder 1Kg, num espaço de 6 semanas, porque me quero sentir melhor comigo mesmo.

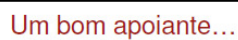
Mensuráveis


Atingíveis

Relevantes

Ex: Eu quero fazer
actividade física
3x/dia.

Determinados no tempo

[illegible]



Agora Tente Você

Características e comportamentos de um bom agente

| Características pessoais que devem estar de acordo (000/100 DE 0000) | Características que podem melhorar significativamente (000/1000 DE 0000) |
|---|---|
| | |

[illegible]

CURSO “JUNTOS É MAIS FÁCIL”

3ª SESSÃO –Elaboração de um Plano de ação para uma Alimentação Saudável

FORMADOR: Paula Mesquita

LOCAL: CHLC/HSJ - Centro de formação, sala 1

DURAÇÃO: 90 minutos

OBJECTIVO GERAL - Ajudar as pessoas portadoras de DM tipo 2 a melhorar os seus estilos de vida em relação à Alimentação e à Atividade Física

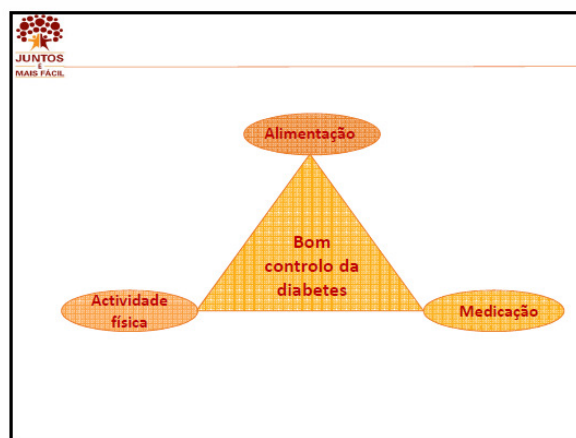
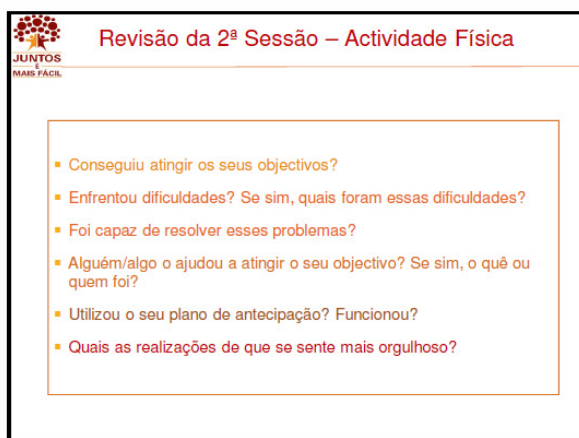
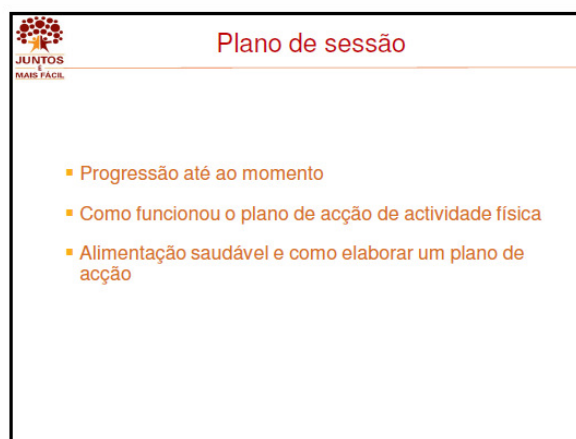
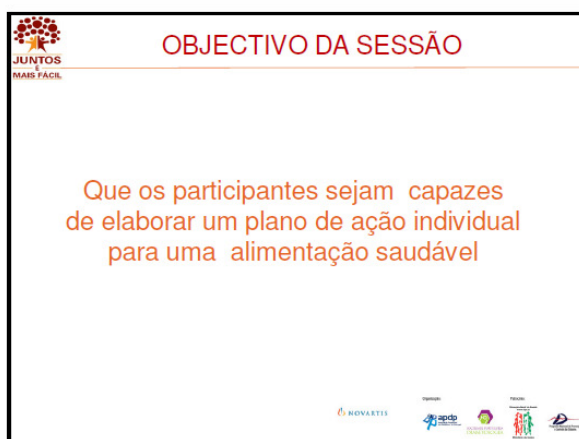
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

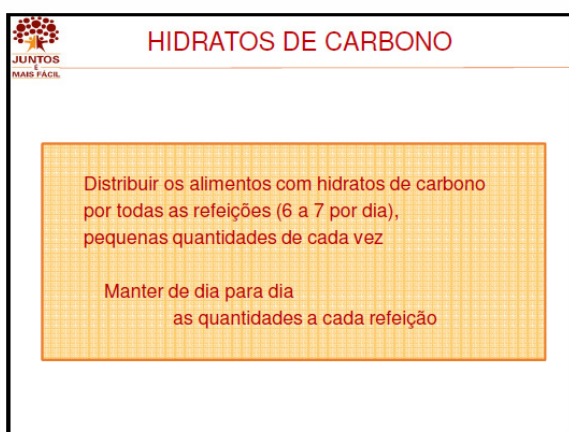
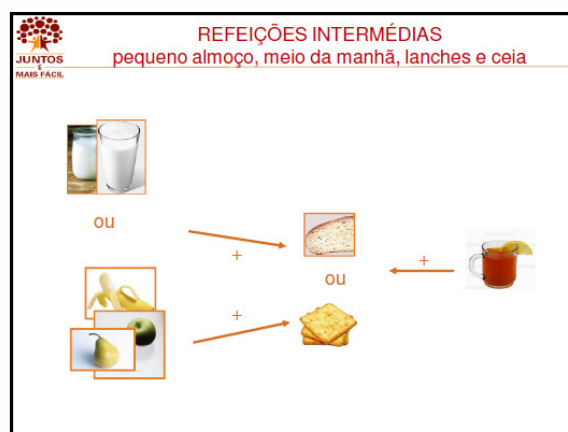
- Conhecer a importância da adesão a uma alimentação saudável;
- Definir objetivos SMART para a mudança de comportamento, relacionado com alimentação saudável;
- Identificar fontes de apoio social;
- Desenvolver estratégias de antecipação;
- Elaborar um plano de ação para uma alimentação saudável.

| ETAPAS | CONTEÚDOS | METODOLOGIAS | MAV | TEMPO |
|-----------------|---|--|---|-------|
| APRESENTAÇÃO | Introdução | 1. Dar as boas vindas aos participantes; 2. Explicar a estrutura da sessão: alimentação saudável e como elaborar um plano de acção individual para uma alimentação saudável. | PPT – 1, 6 | 5' |
| DESENVOLVIMENTO | Alimentação Saudável | 1. Explicar como a roda dos alimentos pode ajudar os participantes a fazer escolhas correctas de alimentos; 2. Mostrar como se dividem os alimentos em grupos com base no que os grupos contêm; 4. Propor aos participantes preencher em casa a Folha de Registo O Meu Plano Alimentar (Anexo VII) | PPT – 7, 18 Livros da sessão 3 Anexo VII – Folha de registo: O meu plano alimentar (pg. 48, 49) | 25' |
| | Tomar decisões sobre a alteração da alimentação | 1. Rever a auto-avaliação dos participantes relativo à percepção da importância e confiança numa alteração dos hábitos alimentares; 2. Pedir aos participantes para utilizarem a Folha de Registo de Decisão Balanceada (Anexo II) e explicar que é muito importante para clarificarem a sua motivação para a mudança; 3. Pedir aos participantes para identificar uma razão pela qual a alteração da alimentação ou a perda de peso pode ser importante; 4. Utilizar a Escala de Importância (Anexo III) e a Escala de Confiança (Anexo IV); 5. Discutir se a alteração de alimentação é benéfica: “De que forma esta mudança afectará a vossa vida?” “Como se irão sentir com esta mudança?” “Quem mais poderá afectar?” 6. Rerler prós e contras de melhorar os seus hábitos alimentares e fazer o balanço. | PPT – 19, 23 Anexo II – Formulário de registo de decisão balanceada (pg. 17) Anexo III – Escala de importância(pg. 19) Anexo IV – Escala de confiança(pg. 21) | 15' |
| DESENVOLVIMENTO | Elaborar um plano de acção para a alimentação | 1. Passo 1 - Definir objectivos SMART para uma alimentação saudável 1.1. Mostrar aos participantes as folhas de registo dos objectivos SMART (Anexo IX); 1.2. Indicar aos participantes para identificarem, a pares, os objectivos a curto e longo prazo no que respeita à alteração dos seus hábitos alimentares; 1.3. Sugerir que comecem com 2 ou 3 alterações simples como: “Substituir o leite gordo por meio-gordo ou magro” “Optar por alimentos com baixo teor em gorduras” “Identificar uma refeição gorda que comem com regularidade e substituí-la por uma mais saudável (peixe em vez de carne) ” “Alterar a manteiga ou margarina” “Reduzir ligeiramente o tamanho do prato e equilibrá-lo” “Cortar nos snacks e doces” 1.4. Perguntar aos participantes quem quer partilhar os seus objectivos para avaliarem se são realmente atingíveis; 1.5. Explicar que a rede de suporte pode ser bastante útil tornando mais fácil que sejamos bem sucedidos e pedir para identificarem a sua rede de suporte - baseado no diagrama da apresentação; 1.6. Discutir em grupo a importância da consciencialização das expectativas dos outros e das condicionantes sociais (ver exemplo pág. 16). 2. Passo 2 - Desenvolver estratégias de antecipação 2.1. Lembrar o grupo que as dificuldades são normais e que devem ser entendidas como uma oportunidade de aprendizagem; 2.2. Partilhar em grupo ideias sobre as possíveis barreiras (ambiente, social, emocional, conhecimento) à alimentação saudável e sugestões de formas para ultrapassar essas barreiras – anotar no quadro as ideias que surgirem; 2.3. Rever os Planos de Antecipação abrangidos na Sessão 2 – através de um estudo de caso, identificação de situações-problema | PPT – 24, 29 Anexo IX – Os meus objectivos a longo prazo para uma alimentação saudável(pg. 63) | 25' |

| | | | | |
|------------------------|--|--|--|-----|
| | | <p>do estudo e possíveis estratégias e antecipação a utilizar;</p> <p>2.4. Pedir aos participantes que trabalhem em pares para identificar uma situação de “alto-risco”, discutir formas para evitá-las e Estratégias de Antecipação para as ultrapassar;</p> <p>2.5. Utilizar a Folha de Registo para Desenvolvimento de Estratégias de Antecipação (Anexo XII) e solicitar aos participantes que registem as suas estratégias;</p> <p>2.6. Discutir em grupo a identificação e o modo de lidar com pensamentos negativos, estado de humor e stress.</p> | Anexo XII – Folha de Registos para Desenvolvimento de Estratégias de Antecipação (pg. 74) | |
| DESENVOLVIMENTO | Tarefas para casa para a próxima sessão | <p>1. Pedir aos participantes que coloquem em acção o seu plano e que auto-monitorizem o seu progresso, utilizando as folhas de registo/diários;</p> <p>2. Incentivar a continuarem com o plano de acção de actividade física</p> <p>“Façam uma mudança nos planos de antecipação e de apoio social e vejam se conseguem melhorar esta semana”</p> <p>“Pratiquem a identificação dos pensamentos negativos e impulsos”</p> <p>“Estejam cientes das influências sociais/pressões de pares e pratiquem a resistência às mesmas. Chamem a pessoa que vos dá apoio para ajudar”</p> <p>3. Explicar que a próxima sessão será para uma revisão dos progressos, redefinição de planos de acção e manutenção da motivação para a mudança.</p> | PPT – 30, 31 | 5’ |
| CONCLUSÃO | Reflexão final Avaliação da sessão Medições | <p>Distribuir as balanças e explicar como funcionam – apenas para avaliação do peso;</p> <p>Solicitar aos participantes que reflectam oralmente e em grupo um pouco sobre a sessão em que acabaram de participar.</p> <p>Pesar e registar.</p> <p>Medir perímetro abdominal e registar.</p> | <p>PPT – 32</p> <p>Fita métrica</p> <p>Balança: Instruções da balança</p> | 15’ |

Apresentação em power point da 3ª sessão





JUNTOS
MAIS FÁCIL

EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  | = |  | = |  |
| Meio pão (25g) | | Meia fatia de pão de mistura (25g) | | Meia fatia de pão integral (30g) |
|  | = |  | = |  |
| 2 tostas | | 2 bolachas água e sal | | 3 bolachas Maria |

JUNTOS
MAIS FÁCIL

EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
|  | = |  | = |  |
| 1 maçã | | 1 pêra | | 1 laranja |
|  | = |  | = |  |
| meia banana | | 2 tangerinas | | 14 morangos |

JUNTOS
MAIS FÁCIL

EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO

| | | |
|--|---|--|
|  | = |  |
| 1 copo de leite meio gordo ou magro (2 dl) | | 1 iogurte (magro sem açúcar) |

JUNTOS
MAIS FÁCIL

E os doces?



JUNTOS
MAIS FÁCIL

Como evitar o excesso de gordura?

| | | |
|---|---|---|
|  | → |  |
|  | → |  |
|  | → |  |
|  | → |  |
|  | → |  |

JUNTOS
MAIS FÁCIL

BEBIDAS ALCOÓLICAS

DESACONSELHADAS EM MUITAS SITUAÇÕES

Se não há contra-indicações pode beber-se vinho ou cerveja com moderação, a acompanhar as refeições

3 dl vinho ou 2 cervejas – homens
1,5 dl vinho ou 1 cerveja – mulheres



JUNTOS
MAIS FÁCIL.

**TODAS AS PESSOAS
TÊM VANTAGENS
EM TER UMA ALIMENTAÇÃO
MAIS SAUDÁVEL**

JUNTOS
MAIS FÁCIL.

PRÓS E CONTRAS

| Ter uma alimentação saudável | Não ter uma alimentação saudável |
|------------------------------|----------------------------------|
| Benefícios/Prós | Benefícios/Prós |
| Custos/Contras | Custos/Contras |

PÁG 17

JUNTOS
MAIS FÁCIL.

IDENTIFICAR A PRINCIPAL RAZÃO PARA ALTERAR A ALIMENTAÇÃO

**As razões mais importantes porque quero
fazer esta alteração são**

| |
|--|
| |
| |
| |

JUNTOS
MAIS FÁCIL.

ESCALA DE IMPORTÂNCIA

Para verificar quão importante é para si alcançar o objectivo, utilize a escala de importância, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à importância do objectivo para si.

Nada Importante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Importante

Como compara a importância actual com a que tinha para si anteriormente? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que terá mudado na maneira como encara o objectivo e se existem problemas associados que necessitam ser resolvidos.

PÁG 19

JUNTOS
MAIS FÁCIL.

ESCALA DE CONFIANÇA

Para verificar quão confiante está para alcançar o seu objectivo, utilize esta escala de confiança, de 1 a 10. Anote o valor que corresponde à sua confiança em alcançar o objectivo.

Nada Confiante — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — Muito Confiante

Como compara o seu nível de confiança actual com o anterior? Se obteve um valor inferior ao anterior, precisa pensar porquê, o que poderá estar a dificultá-lo e de como poderá resolver estes problemas.

PÁG 21

JUNTOS
MAIS FÁCIL.

ESTABELECEER OBJECTIVOS

Os meus objectivos SMART a curto prazo:

| O que irei fazer? | Como irei fazê-lo? | Onde irei fazê-lo? | Quando irei fazê-lo? | Com quem irei fazê-lo? | Quanto tempo tenho para atingir este objectivo? |
|-------------------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PÁG 63

Escolhas Alimentares

Em casa pode elaborar o seu plano alimentar e reflectir acerca das suas escolhas!

Anexo VII – Folha de Registo:
O Meu Plano Alimentar

Elaborar um plano de acção para a alimentação saudável

Os meus objectivos SMART são

Especifique O quê, Como, Onde, Quando

O quê

Como

Onde

Quando

Rede de Suporte

Apoio social

Apoio social: outras pessoas que me podem ajudar a atingir os meus objectivos

| Pessoa | Formas possíveis de me ajudar |
|--------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |

ACTIVIDADE
Barreiras à Alimentação Saudável

- Custos (tempo, dinheiro)
- Ambiente (onde vive)
- Social (outras pessoas)
- Emocional (humor, prazer)
- Conhecimento (pensamentos, crenças)

Como ultrapassar essas barreiras?

Estratégias de Antecipação para ultrapassar barreiras

Plano de Antecipação

| Possível obstáculo/barreira a alterar Se... | Como reagirei? Então... |
|--|----------------------------|
| | |
| | |
| | |

Tarefas para casa

- Colocar o vosso plano de alimentação saudável em acção
- Avaliação do peso semanalmente
- Sugestão: registo num diário



Próxima sessão...

Revisão dos progressos

Redefinição dos planos de acção

Manutenção da motivação para a mudança



Obrigada pela vossa participação!

E lembrem-se ...

“JUNTOS É MAIS FÁCIL”



Medições...e oferecer uma balança



Peso



Perímetro abdominal

CURSO JUNTOS É MAIS FÁCIL

4ª, 5ª E 6ª SESSÃO – Manutenção

FORMADOR: Paula Mesquita

LOCAL: CHLC/ HSJ - Centro de formação, sala 1

DURAÇÃO: 90 minutos

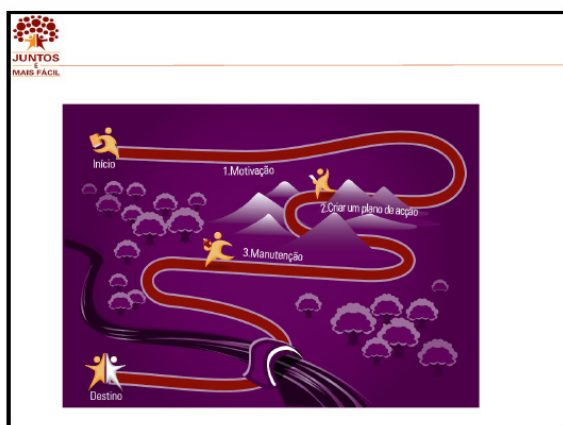
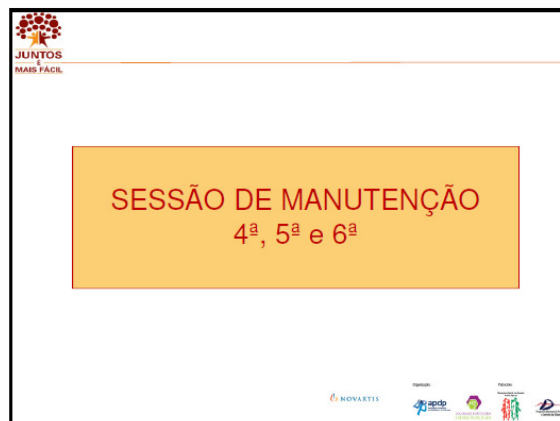
OBJETIVO GERAL: Ajudar as pessoas com DM tipo 2 a melhorar os seus estilos de vida em relação à Alimentação e à Atividade Física

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar em que fase do processo os participantes julgam encontrar-se;
- Analisar o percurso efetuado no processo individual de mudança;
- Implementar as estratégias de antecipação, quando necessário;
- Gerir recaídas.

| ETAPAS | CONTEÚDOS | METODOLOGIAS | MAV | TEM PO |
|-----------------|---|---|--|--------|
| APRESENTAÇÃO | Boas vindas. Objectivo da sessão. | Boas vindas. Apresentação do objectivo da sessão. | PPT – 1 e 2 | 5' |
| DESENVOLVIMENTO | Revisão do processo de mudança | Em que fase do processo de Mudança está? Utilizar a imagem do percurso para rever o processo de mudança e as suas etapas Rever os progressos com os planos de acção de actividade física e alimentação Reflexão sobre o Balanço das decisões Qual é o nível de Importância e Confiança actual? Trabalho de grupo sobre os planos de acção | PPT – 3 a 10 | 15' |
| | Revisão dos objectivos SMART | Recordar brevemente os objectivos SMART Debate sobre os planos de acção | PPT – 11,12 | 10' |
| | Manter a motivação – O papel das recompensas - Evitar a monotonia | Como se recompensaram? Como se podem recompensar? Como se pode evitar a monotonia? | PPT – 13,14 | 5' |
| | Prevenir os Retrocessos Como ultrapassar Barreiras/Obstáculos | Estratégias de Antecipação - O que resultou? O que não resultou? Surgiram obstáculos / barreiras, que não tinham previsto? Como fizeram? Como ultrapassar os obstáculos? Suscitar interesse na temática, destacando que caminhar juntos é mais fácil. Utilizar o metaplan para abordar a temática e trabalhar soluções e dificuldades. | PPT – 15 Metaplan Folhas de cartolina Canetas | 15' |
| | Apoio Social | Como tem sido o Apoio Social? Quais foram os apoios sociais positivos? E os negativos? Como poderá obter mais apoio social positivo e evitar o negativo? Qual a melhor forma de ser ajudado? Que características procurar num apoiante? | PPT – 16 | 5' |
| | As Emoções como Barreiras à Mudança | Como é que as emoções podem ser barreiras à mudança? Como lidar com os pensamentos negativos, mudanças de humor e stress? Abordar a importância do pensamento positivo; Trabalhar os retrocessos e as estratégias para os antecipar. Técnicas para ajudar a lidar com as dificuldades emocionais | PPT – 17, 18 | 10' |
| | Reformular o Plano de Ação? | As mudanças graduais conduzem mais facilmente a hábitos duradouros. As pequenas mudanças podem permitir grandes recompensas. | PPT – 19 | 5' |
| CONCLUSÃO | Tarefas para Casa | Implementar os planos de ação Diários - para registo do peso, perímetro abdominal, alimentação e actividade física | PPT – 20 | 5' |
| | Outros objectivos importantes - Glicémias, tensão arterial, colesterol | Apresentação em ppt | PPT – 21 | 5' |
| AValiação | Reflexão final Avaliação da sessão Medições | Solicitar aos participantes que reflectam um pouco sobre a sessão em que acabaram de participar Introduzir a próxima sessão. Pesar e registar. Medir perímetro abdominal e registar. | Pedómetros Balança Fita métrica | 10' |

Apresentação em power point da 4,5,6ª sessão



Reflexão sobre o Balanço das decisões – página 13

| | Se eu mudar | Se eu não mudar |
|--|-------------|-----------------|
| Prós, ganhos, vantagens, benefícios... | | |
| Contras, perdas, desvantagens, custos | | |

As suas razões continuam a ser as mesmas?
As razões alteraram-se?
Continua a ter uma determinação forte?
Este desafio parece agora mais fácil ou mais difícil que no início?

Qual é o nível de Importância e Confiança actual?

Páginas 14 a 17

Está menos convencido da importância da actividade física elou da alimentação saudável?

Considera que realizar mudanças é mais difícil do que pensou?

The slide contains two identical questionnaire cards. Each card has a title 'Qual é o nível de Importância e Confiança actual?' and a scale from 1 to 10. The first card asks about the importance of physical activity and healthy eating. The second card asks about the difficulty of making changes. The cards are orange and white with a small tree icon.

- Recordar...
- É normal não ser bem sucedido logo no início
 - É importante ter pequenos objectivos para fortalecer a confiança nas capacidades de mudança

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Tem conseguido seguir o seu Plano de Acção?

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Trabalho de grupo sobre o Plano de Acção

- Dificuldades que surgiram
- O que falhou
- Problemas que foram resolvidos
- Substituição de pensamentos negativos por positivos
- Como resultou o plano de antecipação
- O que correu bem
- Reflexão sobre o progresso alcançado
- Conquistas de que se orgulha mais
- Benefícios inesperados que surgiram



**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Debate em grupo - Plano de Acção

Que objectivos alcançaram?

O que mudaram na vossa actividade física e hábitos alimentares?

Alcançaram, superaram, ou ainda não conseguiram atingir o vosso objectivo?

De que forma os sucessos que alcançaram afectam as vossas motivações para mudanças a longo prazo?

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Debate em grupo - Plano de Acção

Os objectivos do vosso plano de acção são...

| | |
|---|-------------|
| Específicos (O quê, como, quando, onde, com quem?) | Alcançáveis |
| Mensuráveis | Relevantes |
| Temporalmente definidos | |

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Debate em grupo - Plano de Acção

- Exemplos e estratégias úteis para ultrapassar as dificuldades
- Encarar as dificuldades e barreiras como oportunidades de aprendizagem

O que aprenderam com as vossas experiências até agora?

Precisam de redefinir os vossos objectivos?

O que poderiam ter feito de forma diferente que pudesse resultar melhor?

**JUNTOS
MAIS FÁCIL**

Manter a motivação – O papel das recompensas

É importante recompensar-se quando atingir os seus objectivos

- ▶ Como se recompensaram?
- ▶ Como se podem recompensar?

Recompensas

- > Internas - Auto-Elogio
- > Externas

JUNTOS
MAIS FÁCIL

Manter a motivação – Evitar a monotonia

► Como se pode evitar a monotonia?


JUNTOS
MAIS FÁCIL

Prevenir os Retrocessos

Estratégias de Antecipação
- O que resultou? O que não resultou?

Surgiram obstáculos / barreiras, que não tinham previsto? Como fizeram?

Como ultrapassar os obstáculos?

JUNTOS
MAIS FÁCIL

Como tem sido o Apoio Social?

Quais foram os apoios sociais positivos?
E os negativos?

Como poderá obter mais apoio social positivo e evitar o negativo?

Qual a melhor forma de ser ajudado?

Que características procurar num apoiante?

JUNTOS
MAIS FÁCIL

As Emoções como Barreiras à Mudança

Como é que as emoções podem ser barreiras à mudança?

Como lidar com os pensamentos negativos, mudanças de humor e stress?

Como afastar pensamentos negativos?

1. Ter consciência do pensamento negativo
2. Parar o pensamento. Imaginar a gritar PÁRA e visualizar um sinal de STOP
3. Reação positiva – pensar num pensamento mais positivo
- O modo como pensamos afecta o que sentimos

JUNTOS
MAIS FÁCIL


Técnicas para ajudar a lidar com as dificuldades emocionais

- ➡ Actividade física
- ➡ Técnicas de relaxamento
- ➡ Técnicas de visualização
- ➡ Exercícios respiratórios
- ➡ Yoga
- ➡ Massagens

JUNTOS
MAIS FÁCIL

Reformular o Plano de Ação?

As mudanças graduais conduzem mais facilmente a hábitos duradouros.
As pequenas mudanças podem permitir grandes recompensas.



```

graph TD
    Objectivos --> Fontes[Fontes de apoio social]
    Fontes --> Identificar[Identificar recompensas]
    Identificar --> Estrategias[Estratégias de antecipação]
    Estrategias --> Utilizar[Utilizar as balanças, pedómetros, folhas de registos]
    Utilizar --> Objectivos
  
```



Tarefas para Casa

Implementar o plano de ação

Diários - para registo do peso, perímetro abdominal, alimentação e actividade física

Pedómetros – Quantos passos por dia?
(Recomendado - 10000 passos por dia)



Outros objectivos importantes

Glicémias –

- antes das refeições – 70 a 130mg/dl
- 1 a 2 h após a refeição < 180mg/dl

Tensão arterial

Menos que 130/80mmHg

Cholesterol

LDL < 100mg/dl

HDL > 40mg/dl – homens
> 50mg/dl - mulheres



Próxima sessão...

Na próxima sessão
vamos continuar com a
Sessão de Manutenção



Mantenha-se a seguir o seu caminho, até ao destino que quer alcançar



Obrigada pela vossa participação!

E lembrem-se ...

“JUNTOS É MAIS
FÁCIL”



Medições...



Peso



Perímetro
abdominal

Apêndice IX: Indicadores

DEFINIÇÃO DE INDICADORES

Com o intuito de realizar a avaliação do PIC “Sensibilizar para capacitar os profissionais diabéticos tipo 2, do HSJ, para a autogestão da doença, em contexto de Saúde Ocupacional” e consequentemente a implementação do programa “*juntos é mais fácil*” definimos os seguintes indicadores:

- Indicador de **Actividade**

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| Nome: | Percentagem de atividades desenvolvida | Avaliação |
| Numerador | Nº de sessões efetuadas | 6+6=12 |
| Denominador | Nº de sessões previstas | 6+6=12 |
| Resultado | Permite determinar a percentagem de atividade desenvolvida | 100% |

- Indicador de **Adesão**

| | | |
|--------------------|---|------------------|
| Nome: | Percentagem de participação da amostra nas atividades a desenvolver | Avaliação |
| Numerador | Nº de participantes nas sessões previstas | 5+5=10 |
| Denominador | Nº de trabalhadores que constitui a amostra | 10 |
| Resultado | Permite determinar a percentagem de trabalhadores que participaram nas atividades | 100% |

- Indicadores de **Resultado**

Para avaliarmos a consecução do objectivo operacional “Que no final do PIC 60% dos trabalhadores compreendam a importância da aquisição de hábitos saudáveis” construímos o seguinte indicador:

| | | |
|--------------------|---|------------------|
| Nome: | Percentagem de trabalhadores com hábitos saudáveis | Avaliação |
| Numerador | Média de trabalhadores com autocuidado durante 7 dias no final do PIC | 6 |
| Denominador | Nº de trabalhadores que constitui a amostra | 10 |
| Resultado | Permite determinar a percentagem de trabalhadores com hábitos saudáveis | 60% |

Para a avaliação do objectivo operacional “Que no final do PIC 10% dos trabalhadores mude de estadio de prontidão para a mudança” definimos o indicador seguinte:

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| Nome: | Percentagem de trabalhadores que alteraram de estadio de prontidão para a mudança | Avaliação |
| Numerador | Nº de trabalhadores que mudou de estadio de prontidão para a mudança | 1 |
| Denominador | Nº total de trabalhadores que constitui a amostra | 10 |
| Resultado | Permite determinar a percentagem de trabalhadores que alteraram de estadio de prontidão para a mudança | 10% |

O objectivo operacional “Que no final do PIC todos os trabalhadores da amostra conheçam a sintomatologia de hipoglicemia/hiperglicemia” foi avaliado com o seguinte indicador:

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| Nome: | Percentagem de trabalhadores com conhecimento sobre a sintomatologia de hipoglicemia e hiperglicemia | Avaliação |
| Numerador | Média de trabalhadores que respondeu correctamente às 4 perguntas do questionário DKQ – 24 correspondentes à dimensão sintomatologia de hipoglicemia/hiperglicemia | 10 |
| Denominador | Nº total de trabalhadores que constitui a amostra | 10 |
| Resultado | Permite determinar a percentagem de trabalhadores que conhecem a sintomatologia de hipoglicemia e hiperglicemia. | 100% |

Apêndice X: Questionário de satisfação

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Uma vez concluídas as sessões do projecto “juntos é mais fácil”, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Obrigada.

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

- 1 – Mau
- 2 – Insuficiente
- 3 – Suficiente
- 4 – Bom
- 5 – Muito Bom

1 – Conhecimentos iniciais

1 2 3 4 5

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Ao apresentar-se neste curso os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram: | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

2 - Expectativas

1 2 3 4 5

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Este curso correspondeu ao que esperava? | | | | | |
| Considera-o adequado às suas necessidades? | | | | | |

3 – Funcionamento do Curso

1 2 3 4 5

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Os objectivos eram claros? | | | | | |
| Estava bem estruturado? | | | | | |
| Os textos de apoio distribuídos foram adequados? | | | | | |
| A duração foi adequada? | | | | | |

4 – Resultados alcançados (ganhos que obteve por ter participado neste curso

1 2 3 4 5

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| De uma forma geral como classifica os resultados alcançados com a frequência deste curso? | | | | | |
| Apoio/ajuda na gestão da doença | | | | | |
| Atitude positiva perante a doença | | | | | |
| Informação/Conhecimento sobre a diabetes | | | | | |
| Motivação para a mudança | | | | | |

5 - Numa escala de 1 a 10, em que o 1 representa nada importante e o 10 muito importante, indique o NÍVEL DE IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA:

Na 1ª sessão

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Na 6ª sessão

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

6 - Numa escala de 1 a 10, em que o 1 representa nada importante e o 10 muito importante, indique o NÍVEL DE CONFIANÇA NA MUDANÇA:

Na 1ª sessão

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Na 6ª sessão

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Apêndice XI: Resultado da aquisição de conhecimentos após a implementação do programa “juntos é mais fácil”

De acordo com a tabela 1 é possível avaliar os conhecimentos dos sujeitos sobre a Diabetes. Assim, podemos comparar os conhecimentos iniciais e finais após a implementação do programa “juntos é mais fácil”.

Tabela 1 – DKQ – 24: Comparação inicial e final do conhecimento sobre a doença

| QUESTÃO | Avaliação inicial n (%) | Avaliação final n (%) |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes. | 2 (20%) | 2 (20%) |
| A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo | 7 (70%) | 7 (70%) |
| A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar. | 5 (50%) | 5 (50%) |
| Os rins produzem insulina | 8 (80%) | 9 (90%) |
| Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe. | 9 (90%) | 10 (100%) |
| Se é diabético os seus filhos têm maior risco de serem diabéticos. | 9 (90%) | 9 (90%) |
| A diabetes pode curar-se. | 8 (80%) | 9 (90%) |
| O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto | 10 (100%) | 10 (100%) |
| A melhor maneira de avaliar a sua diabetes é fazendo testes à urina | 6 (60%) | 7 (70%) |
| O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a diabetes | 9 (90%) | 9 (90%) |
| Há dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (“Insulino-dependentes”) e Tipo 2 “não insulino-dependentes”) | 10 (100%) | 10 (100%) |
| Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida. | 9 (90%) | 10 (100%) |
| A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a diabetes | 7 (70%) | 8 (80%) |
| A Diabetes frequentemente provoca má circulação. | 8 (80%) | 9 (90%) |
| Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos. | 10 (100%) | 10 (100%) |
| Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés. | 9 (90%) | 9 (90%) |
| Uma pessoa com diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool. | 2 (20%) | 4 (40%) |
| A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come. | 10 (100%) | 10 (100%) |
| A Diabetes pode prejudicar os rins. | 9 (90%) | 10 (100%) |
| A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés. | 9 (90%) | 9 (90%) |
| Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue. | 4 (40%) | 9 (90%) |
| Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue. | 7 (70%) | 9 (90%) |
| Meias-calças elásticas, ou meias apertadas não são prejudiciais para os diabéticos. | 6 (60%) | 6 (60%) |
| Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais. | 6 (60%) | 9 (90%) |

Como podemos observar na tabela 1, para algumas questões o programa “juntos é mais fácil” não se revelou eficaz, como sejam:

A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar;

A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo;

Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes;

Meias-calças elásticas, ou meias apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.

Apêndice XII: Consistência interna dos questionários.

CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS UTILIZADOS

Qualquer referencia a questões de fiabilidade (capacidade de uma medida ser consistente), suscita referência ao índice Alfa de Cronbach, pois segundo Pestana e Gageiro (2000) é uma das medidas mais utilizadas para verificar a consistência interna das variáveis em estudo. Os mesmos autores definem Alfa de Cronbach como a “correlação que se espera obter entre a escala utilizada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo” (Pestana & Gageiro, 2000, p.415) podendo o seu valor variar entre 0 e 1.

Tabela 1 – Consistência interna das várias dimensões da escala de avaliação das atividades de autocuidado (N=10).

| DIMENSÕES | N.º DE ITENS | ALFA DE CRONBACH |
|-----------------------|--------------|------------------|
| Global | 20 | 0,723 |
| Dieta | 11 | 0,696 |
| Exercício físico | 2 | 0,285 |
| Avaliação da glicemia | 2 | 0,696 |
| Cuidados com os pés | 4 | 0,555 |
| Medicação | 2 | 1 |

A fiabilidade da escala de avaliação das atividades de autocuidado com a Diabetes, analisada através do Alfa de Cronbach, foi de 0,723, considerada apropriada. Como podemos constatar na tabela 1, o valor de Alfa para as dimensões dieta, avaliação de glicemia e cuidados com os pés é aceitável. Para a dimensão exercício físico o valor de Alfa revelou-se muito baixo, ao contrário da dimensão medicação que apresenta uma elevada consistência interna.

Para o questionário DKQ – 24 também foram calculados os valores de Alfa tanto para o questionário na sua globalidade como para as dimensões: Conhecimento da doença, consequências da doença, controlo da doença e sintomatologia da doença (Gomes, 2011).

Tabela 2 – Consistência interna das várias dimensões do DKQ – 24 (N=10).

| DIMENSÕES | N.º DE ITENS | ALFA DE CRONBACH |
|--------------------------|--------------|------------------|
| Global | 20 | - 0,014 |
| Conhecimento da doença | 7 | 0,08 |
| Consequências da doença | 6 | -0,480 |
| Controlo da doença | 4 | - 0,375 |
| Sintomatologia da doença | 3 | 0,179 |

Através da tabela 2 podemos verificar que existem valores de Alfa muito baixos e até mesmo negativos, não só a nível global mas também na grande maioria das dimensões. No conjunto, a dimensão que apresenta valor de Alfa mais elevado é a da sintomatologia da doença.

Relativamente à URICA, foi seguida a mesma metodologia.

Tabela 3 – Organização dimensional da escala URICA e estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes da consistência interna de Cronbach (N=10)

| DIMENSÕES | N.º DE ITENS | ALFA DE CRONBACH |
|------------------|--------------|------------------|
| Pré-contemplação | 8 | 0,638 |
| Contemplação | 8 | 0,687 |
| Acção | 8 | 0,716 |
| Manutenção | 8 | 0,505 |
| URICA | 32 | 0,596 |

Podemos observar na tabela 3 que, para a globalidade da amostra, o coeficiente de consistência interna apresenta um $\alpha=0,59$. Contudo, o valor de Alfa das categorias pré-contemplação, contemplação e acção é mais elevado sendo a dimensão manutenção a que apresenta o valor mais baixo ($\alpha=0,505$) ficando abaixo do valor do Alfa para a globalidade dos itens.